



Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé

Tome 1 : Rapport

Dr Nicole BOHIC

Agnès JOSSELIN

Anne-Caroline SANDEAU-GRUBER

Hamid SIAHMED

Avec la contribution de Christine d'AUTUME

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

2021-051R
Novembre 2021

SYNTHÈSE

Par une lettre du 21 mai 2021, le ministre des solidarités et de la santé a confié à l'IGAS une mission sur les dispositifs de partage de compétences entre professionnels, protocoles de coopération et pratique avancée, l'ouverture de la pratique avancée aux infirmiers spécialisés, et notamment aux infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IADE), ainsi que sur l'opportunité de créer une profession de santé intermédiaire. Sur ce dernier point, la réflexion devait être conduite en concertation avec l'ordre national des médecins et l'ordre national des infirmiers. Du fait de l'accent mis dans la commande sur la profession infirmière et de l'existence d'autres missions IGAS portant sur certains autres auxiliaires médicaux, la mission a principalement centré son analyse sur cette profession.

Cette mission s'inscrit dans un contexte de fortes mobilisations des professionnels, notamment autour d'enjeux de reconnaissance de leurs compétences accrues par les effets de la crise sanitaire. Les débats parlementaires, lors de la loi dite "Rist"¹ ou du projet de loi de financement de la sécurité sociale 2022 en cours, en témoignent.

Au vu du périmètre de la commande, la mission a choisi d'intégrer dans ses réflexions une appréciation large de la situation des coopérations et partages de compétences, s'efforçant à la fois de répondre aux attentes urgentes des professionnels rencontrés, notamment les infirmiers en pratique avancée et les infirmiers anesthésistes, et d'identifier les sources profondes des difficultés constatées. Cette approche l'a conduite, au-delà de l'adéquation des dispositifs créés avec les objectifs poursuivis par les pouvoirs publics, à interroger la cohérence stratégique entre les multiples initiatives de développement des coopérations, la pertinence de l'organisation des professions de santé qui découle du Code de la Santé publique et la cohérence des systèmes qui fondent les relations entre ces professions.

La première partie du rapport présente le contexte d'émergence des nouveaux partages de compétences en soulignant les facteurs systémiques qui les rendent à la fois nécessaires et particulièrement difficiles en France. Il y est question d'un cadre, notamment juridique mais aussi conventionnel et économique, qui, en perpétuant le principe d'une intervention des professionnels de santé non-médicaux comme dérogatoire au monopole d'exercice des médecins, n'a pas su accorder à ces professionnels toute la reconnaissance des compétences qu'ils demandent.

La deuxième partie se consacre aux protocoles de coopération. Mis en place en 2009 (par la loi HPST²), ces protocoles visent à autoriser des transferts d'activités entre professionnels, dérogatoires aux décrets d'actes en vigueur sans toutefois conférer aux délégués une réelle autonomie décisionnelle. Tels qu'ils ont été utilisés depuis leur création, les protocoles ont non seulement permis de régulariser des glissements de tâches déjà existants, mais aussi d'expérimenter de nouvelles formes de coopération et d'organisation.

Les procédures initialement mises en place s'étant avérées décourageantes du fait de leur complexité et de leur lenteur, une simplification notable de la démarche a été introduite par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019. Les protocoles se déclinent désormais sous 2 modalités : des protocoles nationaux initiés par l'administration en réponse à des priorités de santé publique et des protocoles locaux initiés par les professionnels pour

¹ Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification

² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

répondre aux besoins de souplesse qu'ils rencontrent sur le terrain. Si ces évolutions sont bien accueillies par les acteurs, la mission n'a pas encore pu en observer les effets faute de recul suffisant.

Elle note toutefois quelques points d'attention :

- Le manque de suivi des indicateurs nécessaires à une bonne connaissance et évaluation des protocoles existants ;
- Un besoin de renforcement du pilotage face au foisonnement possible des protocoles locaux ;
- Un financement désormais essentiellement adossé aux expérimentations prévues par l'article 51 de la LFSS pour 2018 qui ne garantit pas la pérennité du dispositif ;
- La nécessité d'assurer la reconnaissance et la portabilité des compétences acquises.

Par ailleurs, si le succès des protocoles locaux et la faible mobilisation autour des nouveaux protocoles nationaux constatés à ce jour se confirmaient, il est possible que les protocoles deviennent à terme un dispositif dérogatoire favorisant la souplesse d'exercice et l'émergence d'exceptions locales répondant aux besoins des acteurs mais présentant un faible potentiel de généralisation. Il conviendra d'évaluer la pertinence de cette orientation.

La troisième partie du rapport se consacre à la pratique avancée. Mise en place en 2018, la pratique avancée, ouverte par la loi à tous les auxiliaires médicaux, ne concerne à ce jour que la profession infirmière. Celle-ci permet à des professionnels, justifiant d'une certaine expérience dans leur métier soigné, de se voir confier, à l'issue d'un master universitaire adossé à un référentiel national de compétences la prise en charge ou le suivi de patients dans une relative autonomie dans cinq domaines d'intervention³. Confrontée dès l'origine, à de fortes oppositions, la pratique avancée infirmière n'a pas pu se développer à la hauteur des objectifs fixés. Son essor est contrarié à la fois par la dépendance au médecin qu'elle instaure pour l'accès à la patientèle, et un modèle économique inadapté et sous-dimensionné. Des mesures rapides sont impératives pour viabiliser et assurer l'attractivité de l'exercice en pratique avancée.

La mission identifie à cet égard deux pistes majeures :

- Une révision du modèle économique et du financement, en libéral comme en établissement ;
- L'élargissement du périmètre d'intervention des infirmiers en pratique avancée par la correction des textes interdisant aujourd'hui :
 - aux patients de consulter à leur initiative un IPA ;
 - aux IPA de primo-prescrire, à leurs patients, certains traitements (antalgiques, soins infirmiers ou de rééducation...) ou prestations (avis d'arrêt de travail, prescriptions de transport...) nécessaires à l'accompagnement des patients qu'ils suivent et la bonne prise en charge de leur pathologie.

Au-delà de ces deux sujets majeurs, la mission relève un nombre important de dysfonctionnements à ajuster. Ceux-ci concernent :

- Des problèmes d'identification des professionnels dans les différents systèmes d'information (CNAM, pharmacies...)

³ Pathologies chroniques stabilisées et poly-pathologies courantes en soins primaires (PCS) ; Oncologie et hématologie (OHO) ; Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale (IRC) ; Psychiatrie et santé mentale (PSY), Urgences (U).

- L'accès à la formation universitaire (coût et perte de rémunération insuffisamment compensés);
- L'insuffisance de l'accompagnement à l'installation.

Il conviendra par ailleurs de prendre en considération différentes difficultés en matière de formation (hétérogénéité des modalités et du contenu ; développement de l'entrée directe en formation initiale sans expérience préalable).

Malgré ces difficultés, les témoignages collectés par la mission sur l'impact très positif de l'installation des premières IPA en matière de qualité de suivi et de soins des patients comme d'amélioration des conditions d'exercice des médecins impliqués, conduisent très clairement la mission à encourager la poursuite de cette modalité d'exercice.

Dans sa quatrième partie, le rapport s'intéresse aux risques de superposition et de concurrence entre les multiples dispositifs visant à faire évoluer les partages de compétences et les modalités d'organisation existantes. Ayant expertisé les recoupements entre protocoles de coopération, pratique avancée et expérimentations issues de l'article 51 de la LFSS pour 2018, la mission propose deux stratégies de résolution et de prévention des difficultés qu'ils peuvent engendrer. Celles-ci mettent en jeu une meilleure différenciation de la vocation des protocoles de coopération par rapport à la pratique avancée et une articulation plus étroite du pilotage de ces dispositifs. La mission identifie enfin quelques conditions de réussite communes aux dispositifs, que ce soit en termes de modèle économique ou de modalités pratiques d'exercice.

Enfin, convaincue que le statu quo n'est aujourd'hui plus envisageable, la mission dessine, dans la cinquième partie du rapport, des trajectoires d'évolution des partages de compétences entre professionnels de santé. Elle dresse d'abord le constat d'une situation dégradée devenue structurelle :

- Problèmes durables d'accès aux soins qui justifient la mobilisation de tous, à la pleine hauteur de leurs compétences ;
- Attentes des professionnels face à un système rigide qui ne répond pas à leurs aspirations ;
- Persistance de divers réflexes corporatistes reposant sur des craintes souvent infondées.

Pour forger sa conviction, la mission s'est attachée à écouter et expertiser l'ensemble des motifs de réticences qui lui ont été exposés. Elle s'est également efforcée de qualifier les risques potentiels afin d'identifier des pistes pour les prévenir.

En premier lieu, la mission explore les pistes d'évolution de la pratique avancée. Comme le montre la situation des IADE, l'acception française de la pratique avancée manque de lisibilité. Il paraît pertinent de différencier à l'avenir deux types de pratiques avancées : des infirmiers en pratique avancée (IPA) spécialisée et des IPA praticiens. Cette distinction devra permettre la reconnaissance des IADE en tant qu'infirmiers en pratique avancée spécialisée, en cohérence avec les missions qu'ils exercent et la littérature internationale sur le sujet. Après analyse de toute la diversité des situations aujourd'hui dérogoires au monopole médical, des critères permettant de qualifier le niveau d'avancement des pratiques sur cinq axes ont été élaborés :

- Degré de compétences et pouvoir décisionnel ;
- Degré d'autonomie et distance interventionnelle ;
- Degré de risque et responsabilité assumés (avec la difficulté de grader les situations en fonction de leur gravité et urgence) ;

- Périmètre d'intervention ;
- Degré d'indépendance d'accès à la patientèle.

En second lieu, des lignes directrices sont proposées pour permettre d'arbitrer entre les multiples demandes de nouvelles pratiques avancées, insistant sur la nécessité d'une doctrine et d'une gouvernance spécifiques.

En troisième lieu, après avoir échangé, avec les ordres des infirmiers et des médecins, expertisé la faisabilité juridique d'une telle évolution et entendu l'ensemble des parties prenantes, la mission ne juge pas opportun de créer, dans le contexte actuel, une profession de santé intermédiaire *ex nihilo*. Elle constate en revanche que, de façon quasi-unanime, les acteurs du système de santé considèrent d'ores et déjà les infirmiers en pratique avancée comme une profession de santé intermédiaire, alors même que leur positionnement dans le code de la santé publique ne leur reconnaît pas pour l'instant ce statut. Au-delà de la question juridique et formelle, la constitution des IPA en profession, interroge en réalité surtout leur positionnement par rapport aux infirmiers et aux médecins à double titre :

- par rapport aux catégories juridiques du Code de la santé publique (celles-ci apparaissant de plus en plus désuètes au regard des qualifications actuelles des professionnels) ;
- et dans le parcours de soins (question de l'accès direct en premier recours).

La mission considère qu'une réflexion est incontournable sur la refonte de la structuration des professions de santé dans le Code de la santé publique, dans le contexte de l'essor des coopérations interprofessionnelles et de la montée en compétences des professionnels paramédicaux.

Cette réflexion devra notamment s'intéresser :

- aux périmètres d'intervention, qui doivent être revus pour passer d'un système de cloisonnement à un système de partage ;
- à la place des professionnels de santé dans le parcours de soins, qui doit être optimisée pour répondre au mieux aux besoins des patients.

En quatrième lieu, la mission propose quelques lignes directrices pour accompagner au mieux ces évolutions soulignant la nécessité de les inscrire dans une démarche concertée et expertisée, s'appuyant notamment sur des simulations RH et des analyses d'impacts de toutes modifications d'une profession sur les autres.

Au vu des besoins existants dans certains territoires, la mission juge opportun d'envisager à terme, l'intervention d'IPA praticiens en première ligne sur des pathologies courantes identifiées comme bénignes (ex. pathologies concernées par les protocoles de coopération sur les soins non-programmés) en soins primaires et en population générale. Ce type d'intervention ne serait possible que dans le cadre d'un exercice coordonné, gage d'une étroite collaboration et confiance préétablies avec les autres professionnels intervenant auprès du patient, en prévoyant une obligation mutuelle d'information, et en réaffirmant le rôle central de coordination du médecin traitant dans le parcours de soins et la définition de la stratégie thérapeutique.

Constatant la multiplication des expérimentations actuelles sur l'accès direct, la mission préconise de définir une doctrine globale d'ouverture à l'accès direct pour les auxiliaires médicaux et propose quelques éléments de cadrage pour la définir.

Enfin, le périmètre particulièrement large de l'évaluation demandé à la mission lui a permis d'identifier de nombreuses incohérences dans le système juridique qui fonde actuellement l'exercice des professions de santé. L'émergence d'une nouvelle profession ou d'un niveau d'exercice

intermédiaire emporte des conséquences sur l'ensemble des professions déjà existantes et nécessitent de définir un schéma cible dans lequel ces évolutions s'inscrivent.

Afin de mener à bien des chantiers aussi ambitieux et de dépasser les blocages actuels, la mission propose deux scénarios pour repenser le système global d'organisation des soins.

Le premier consiste à accompagner une refonte de l'articulation et du partage de compétences entre toutes les professions, replaçant chacune sur sa valeur-ajoutée en s'appuyant sur une instance présidée par une personnalité qualifiée, composée des représentants des différents CNP et du collègue de médecine générale, des structures d'exercice coordonné, des conseils nationaux des ordres professionnels, des étudiants et internes médicaux et paramédicaux, et de représentants des patients.

Considérant l'ampleur potentielle d'évolutions qui, à travers l'exercice des professionnels, questionnent en réalité l'ensemble du système de soins, son organisation comme son financement, et tenant compte de l'importance de privilégier dans le contexte post-COVID une approche accordant une place centrale à la démocratie sanitaire, la mission propose également un deuxième scénario, nettement plus ambitieux, impliquant l'organisation d'une convention citoyenne.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
I - Ajuster le dispositif des protocoles de coopération				
Sécuriser les protocoles et les compétences des professionnels impliqués				
5	Assouplir le caractère intuitu personae des protocoles nationaux en expérimentant leur rattachement à un poste associé à des qualifications plutôt qu'à une personne nominativement identifiée et en en faisant porter la responsabilité par la structure ou le service concerné.	1	DGOS	S2 - 2022
6	Mettre en place des modalités de suivi et capitalisation des compétences acquises par les professionnels engagés dans des protocoles de coopération.	1	ONI/CNP/ ANDPC/ DGOS	S1 - 2023
Renforcer le pilotage national et le suivi des protocoles				
2	Renforcer les compétences et les moyens du CNCI en matière de veille, d'analyse, d'animation, et d'amélioration des pratiques entre les équipes promotrices de protocoles locaux.	3	DGOS/DSS	S1 - 2022
4	Procéder à une évaluation nationale du dispositif de protocoles de coopération locaux en complément de l'évaluation des protocoles de coopération nationaux qui relève des missions du CNCI.	3	IRDES	S2 - 2023
7	Définir, au niveau du CNCI, une grille de critères permettant d'identifier les protocoles les plus susceptibles de sortir d'un cadre dérogatoire pour être pérennisés, soit dans les compétences de la profession socle concernées, soit dans le cadre d'une pratique avancée.	2	DGOS	S1 - 2022
3	Mettre en place une plateforme afin d'améliorer l'accès de tous et une exploitation facilitée des données contenues dans les protocoles.	3	DGOS/DNUM	S1 - 2023
II- Viabiliser l'exercice des infirmiers en pratique avancée				
Mieux valoriser les compétences des IPA				
14	Supprimer dans les décrets de compétence et d'actes des IPA ainsi que dans la convention nationale infirmière (Titre 3 art 16) la notion de "patient confié par le médecin" au profit d'une simple recommandation de suivi voire un adressage, similaire à celui pratiqué entre médecins, dans le respect des modalités classiques d'un parcours coordonné.	1	DGOS	S1 - 2022

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
13	Assouplir les droits de prescription des IPA : ouvrir dès que possible par voie législative la possibilité de primo-prescrire certains produits de santé et prestations à prescription médicale obligatoire, en en fixant la liste par voie réglementaire et conventionnelle. En attendant et par défaut, mettre en place des protocoles de coopération dédiés aux IPA pour le permettre au plus tôt.	1	DGOS	Prochain véhicule législatif
8	Mieux rémunérer les IPA libérales et redéfinir à cet effet le dispositif conventionnel mis en place pour leur rémunération et les conditions d'octroi du forfait installation.	1	CNAM/UNCAM	Prochaines négociations conventionnelles
11	À l'hôpital, créer un régime indemnitaire pour les infirmiers en pratique avancée, avec un objectif d'harmonisation pour l'ensemble des auxiliaires médicaux de grade master	1	DGOS/DGAFP	S2 - 2022
12	Mettre à jour les référentiels d'actes et consultations externes (ACE) à l'hôpital en intégrant l'activité des IPA.	2	CNAM/UNCAM /ATIH	S2 - 2022
Prendre en compte les conséquences du partage des compétences pour les médecins libéraux				
10	Rémunérer le temps de coordination du médecin avec l'IPA.	1	CNAM/UNCAM	Prochaines négociations conventionnelles
9	Expertiser la création d'une consultation médicale annuelle de synthèse pour les patients suivis par une IPA pour des pathologies chroniques stabilisées.	2	CNAM/UNCAM	Prochaines négociations conventionnelles
III. Soutenir la formation des infirmiers en pratique avancée				
15	Élaborer un plan national de financement de la formation continue, prioritairement ciblé sur les infirmiers libéraux et les salariés des petits établissements sanitaires et médico-sociaux pour faciliter l'accès au diplôme d'IPA.	1	MSS/ARS/ CNAM/ANFH	S2 - 2023
16	Rappeler aux universités le caractère prioritaire de l'accueil en formation continue et la nécessité de considérer une expérience professionnelle confirmée comme un critère essentiel de sélection pour l'entrée en formation d'IPA.	1	MESRI/MSS	S1 - 2022
17	Procéder à une évaluation nationale des dispositifs de formation en pratique avancée compte tenu de la variabilité dans l'organisation en termes de durée entre universités.	3	MESRI/HCERE S	S1 - 2023

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
18	Définir des modalités plus incitatives et facilitantes pour les maîtres de stage et organiser leur formation.	2	MESRI	S1 - 2022
19	Mettre en place à l'université les conditions de développement d'une validation des acquis personnels et/ou professionnels (VAPP) pour l'accès au DEIPA et autoriser les contrats d'apprentissage pour la formation DEIPA entre l'université et tout employeur (exercice collectif en ville et hôpital)	2	DGESIP/DGOS	2022
IV. Accompagner le développement de la pratique avancée infirmière				
20	Communiquer sur la profession d'IPA auprès des différents acteurs (URPS, ordres professionnels, structures d'exercice coordonné, CPAM, fédérations, établissements de santé publics et privés, établissements sociaux et médico-sociaux, laboratoires, centres de radiologies, pharmaciens)	1	CNAM/SGMAS /ARS	S1 - 2022
21	Faire réaliser conjointement par la DSS et la CNAM en lien avec la DGOS une revue complète des textes pour assurer la place des IPA dans le parcours de soins et garantir leurs droits. Faire également une revue des systèmes d'information de façon à intégrer l'existence des IPA dans ceux-ci.	1	CNAM/DSS/DGOS	S1 - 2022
V. Assurer la cohérence des dispositifs de réaménagement des partages de compétences entre eux				
26	Définir une doctrine d'emploi des différents dispositifs de coopération et la faire connaître à tous les acteurs impliqués.	3	DGOS	S2 - 2022
25	Différencier à l'avenir les protocoles destinés aux IDE des protocoles destinés aux IPA, le périmètre des dérogations accordées aux premiers s'efforçant de ne pas excéder les compétences et autorisations accordées par la loi aux seconds.	3	DGOS	S1 - 2022
24	Prévoir une représentation des IPA dans le CNCI pour assurer la cohérence entre les protocoles de coopération et les mentions de la pratique avancée.	2	DGOS	S1 - 2022
27	Mandater l'IRDES pour réaliser des études d'impact et des évaluations thématiques permettant d'apprécier la pertinence de l'ensemble des dispositifs de réorganisation des interventions entre professionnels de santé concourant à un même objectif de santé publique.	3	DREES/ CNAM	S1 - 2022
22	Etudier des modalités de validation des acquis personnels et/ou professionnels (VAPP) partielle permettant à l'ensemble des infirmiers ASALEE d'accéder de façon facilitée au DEIPA et envisager la fusion à terme des dispositifs.	2	DGESIP/DGOS	2022

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
23	Prévoir de réinterroger la pertinence du protocole de coopération SAU concomitamment à la montée en puissance de la diplomation des IPA Urgences.	3	DGOS	S2 - 2024
28	Prêter une attention particulière à l'organisation de la succession entre différents dispositifs concurrents dont l'un est mis en extinction au profit d'un autre.	3	DGOS	S1 - 2022
VI. Permettre l'évolution et l'extension la pratique avancée				
Structurer la pratique avancée				
30	Elargir la notion de pratique avancée en distinguant deux types de pratiques avancées : les infirmiers en pratique avancée spécialisés, les infirmiers praticiens en pratique avancée.	1	DGOS	S1 - 2022
29	Réaliser, dès que possible, les évolutions législatives et réglementaires indispensables pour pouvoir intégrer les IADE dans la pratique avancée infirmière.	1	DGOS	S1 - 2022
31	Reclasser les différentes mentions IPA dans ces deux catégories et créer, dans la catégorie "infirmiers en pratique avancée spécialisés" une mention "anesthésie" permettant d'y rattacher les IADE, en assouplissant à titre transitoire la condition législative d'un diplôme "délivré par l'université".	1	DGOS	S1 - 2022
32	Mettre en place un processus structuré d'instruction des demandes d'extension de la pratique avancée comportant la remise d'un avis des conseils nationaux professionnels concernés réunis sous l'égide de la HAS, et sa transmission à une instance décisionnelle réunissant les directions concernées du ministère de la Santé, la CNAM et le ministère de l'Enseignement supérieur	2	DGOS	S1 - 2022
Expertiser l'accès direct à certains professionnels non-médicaux dont les IPA en coordination avec les médecins traitants				
33	Permettre l'accès direct aux IPA en population générale dans des zones identifiées par les ARS sur des critères liés à l'accès aux soins.	2	MSS	2022
34	Définir une doctrine globale destinée à cadrer l'intervention, en exercice coordonné, de professionnels non-médicaux en amont du médecin dans le parcours de soins.	3	DGOS/DSS/ CNAM/HAS	S1 - 2022
35	Identifier des indicateurs adossés aux systèmes d'information de la CNAM pour garantir l'effectivité de la coordination entre infirmier en pratique avancée et médecin traitant.	3	CNAM	S2 - 2022

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
VII. Créer les conditions d'un partage plus ambitieux des compétences pour répondre aux besoins de prise en charge des patients				
1	Faire réaliser par la DREES une enquête anonymisée visant à établir, sur un échantillon d'actes définis par la DGOS, la proportion de professionnels paramédicaux réalisant occasionnellement ou régulièrement à l'hôpital des actes médicaux.	3	DREES/DGOS	S1- 2022
36	Intégrer les nouveaux acteurs en pratique avancée dans les parcours de soins prioritaires. Poursuivre à cet effet les travaux initiés récemment par la HAS sur l'exemple la maladie rénale chronique.	1	HAS / CNAM	2022
37	Mettre en place en amont du HCPP une instance chargée spécifiquement d'assurer la concertation interprofessionnelle sur les évolutions et le partage des compétences entre les professionnels de santé	2	MSS	2022
38	Expertiser la tenue d'une convention citoyenne sur la refonte de l'organisation du système de santé et des professions.	2	MSS	2022

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	9
RAPPORT	17
1 LE PARTAGE DES COMPETENCES ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE : DES ATTENTES IMPORTANTES, DES AVANCEES A RENFORCER	19
1.1 LES RAISONS D'ENVISAGER UN NOUVEAU PARTAGE DES COMPETENCES	20
1.1.1 <i>Une organisation du système de soins peu favorable au partage de tâches et à la coopération.....</i>	<i>20</i>
1.1.2 <i>Un repositionnement nécessaire des professionnels au vu de leurs compétences et de leurs aspirations actuelles</i>	<i>24</i>
1.1.3 <i>Un enjeu d'accès aux soins qui provoque d'ores et déjà des glissements de tâches.....</i>	<i>26</i>
1.2 DEPUIS UNE QUINZAINE D'ANNEES, DES AVANCEES PRUDENTES CONFRONTEES A DE FORTES RETICENCES DE CERTAINS ACTEURS	29
1.2.1 <i>Avec les protocoles de coopération, la régularisation et l'encouragement de délégations dérogatoires sans réelle autonomie décisionnelle</i>	<i>29</i>
1.2.2 <i>Avec la pratique avancée, l'émergence d'une relative autonomie d'intervention de professionnels paramédicaux sur le champ médical</i>	<i>30</i>
1.2.3 <i>D'autres dynamiques à l'œuvre qui dérogent de plus en plus largement au monopole médical.....</i>	<i>31</i>
1.2.4 <i>L'essor de multiples formes d'organisation innovantes favorisant la collaboration entre professionnels.....</i>	<i>32</i>
2 LES PROTOCOLES DE COOPERATION : UN DISPOSITIF DESORMAIS SIMPLIFIE, UN ESSOR A CONFIRMER	34
2.1 UN DISPOSITIF RENOVE TRES ATTENDU MAIS QUI TARDE A SE DEPLOYER	35
2.1.1 <i>Les premiers protocoles : une procédure décourageante qui n'a pas permis l'essor attendu</i>	<i>35</i>
2.1.2 <i>Une simplification de la démarche qui devrait libérer les initiatives</i>	<i>35</i>
2.1.3 <i>Des retards de mise en œuvre qui empêchent une véritable évaluation</i>	<i>38</i>
2.2 ETAT DES LIEUX DES PROTOCOLES DE COOPERATIONS AUJOURD'HUI : UNE DYNAMIQUE PEU PERCEPTIBLE MALGRE LES ATTENTES EXPRIMEES.....	39
2.2.1 <i>Une portée encore limitée sur le terrain.....</i>	<i>39</i>
2.2.2 <i>Le point de vue et les témoignages des acteurs de terrain sur le dispositif rénové</i>	<i>43</i>
2.3 UNE ATTEINTE DES OBJECTIFS VISES PEU MESURABLE MAIS DES RETOURS D'EXPERIENCE TRES POSITIFS	45
2.4 DES MODALITES DE CONTROLE, DE SUIVI ET D'EVALUATION PERFECTIBLES.....	46
2.4.1 <i>Une vérification ex-post plus souple, mais plus risquée, des exigences de qualité et de sécurité.....</i>	<i>46</i>
2.4.2 <i>Des remontées d'information insuffisantes pour permettre le suivi et l'évaluation</i>	<i>46</i>
2.5 DES MODELES DE REMUNERATION ET DE FINANCEMENT SOUVENT EXPERIMENTAUX DONT LA PERENNITE POSE QUESTION	47
2.5.1 <i>Un modèle prévu ab initio pour les protocoles nationaux</i>	<i>47</i>
2.5.2 <i>Une prime de coopération prévue pour les professionnels salariés mais sans financement dédié.....</i>	<i>49</i>
2.5.3 <i>Des financements pour la plupart à durée limitée via des expérimentations de l'article 51 de la LFSS pour 2018</i>	<i>49</i>
2.6 LA PERENNISATION DES COMPETENCES ACQUISES : UN ENJEU DE SECURISATION DES PROFESSIONNELS ET DE CONTINUTE DES PRISES EN CHARGE.....	50
2.6.1 <i>Une absence de portabilité des compétences préjudiciable en cas de mobilités.....</i>	<i>50</i>
2.6.2 <i>L'intégration de certains protocoles dans les compétences socles reste en suspens.....</i>	<i>52</i>
3 LA PRATIQUE AVANCEE : UN DISPOSITIF ENCORE INSUFFISAMMENT ATTRACTIF ET QUI PEINE A SE DEPLOYER	54
3.1 UN DISPOSITIF EN RETRAIT PAR RAPPORT AUX AMBITIONS INITIALES	55
3.1.1 <i>Des compromis engendrant des freins structurels à l'autonomie des IPA.....</i>	<i>55</i>
3.1.2 <i>Une doctrine évolutive de création des mentions.....</i>	<i>58</i>
3.1.3 <i>L'occasion ratée d'inscrire la pratique avancée dans la continuité du modèle ASALEE</i>	<i>59</i>
3.2 MALGRE UN DEBUT DIFFICILE, DES TEMOIGNAGES MONTRANT LA PLUS-VALUE DES IPA SUR LE TERRAIN	60
3.2.1 <i>L'atteinte déjà compromise des objectifs quantitatifs fixés</i>	<i>60</i>

3.2.2	<i>Par-delà des difficultés majeures, des témoignages du terrain qui encouragent à poursuivre le développement de la pratique avancée infirmière.....</i>	65
3.3	LE MODELE ECONOMIQUE : UN SOUS-DIMENSIONNEMENT QUI PRIVE DE SOUTENABILITE L'EXERCICE EN PRATIQUE AVANCEE	70
3.3.1	<i>Les IPA en libéral : un modèle économique qui fait l'unanimité contre lui</i>	70
3.3.2	<i>Les IPA à l'hôpital : un impensé statutaire et économique.....</i>	74
3.4	LA NECESSITE D'ASSOULIR LES LIMITES ORIGINELES RELATIVES A LA PRESCRIPTION ET A L'ACCES	76
3.5	DES MODALITES DE MISES EN ŒUVRE A REVOIR EN MATIERE DE FORMATION ET D'ACCOMPAGNEMENT A L'INSTALLATION	80
3.5.1	<i>Une adaptation nécessaire du dispositif de formation</i>	80
3.5.2	<i>Accompagner l'installation et le développement de la collaboration interprofessionnelle</i>	87
3.5.3	<i>Reconnaître la place des IPA dans le système de santé.....</i>	90
4	DES DISPOSITIFS CONCURRENTS DONT LES CHAMPS ET LES MODALITES DE FONCTIONNEMENT DOIVENT ETRE PRECISES.....	93
4.1	UNE MULTIPLICITE DE DISPOSITIFS CONVERGENTS SUR LES MEMES SUJETS ET OBJECTIFS, NUISANT A LA LISIBILITE DU SYSTEME ..	93
4.1.1	<i>Des superpositions de champs entre protocoles de coopération et pratique avancée.....</i>	93
4.1.2	<i>Des confusions possibles avec les expérimentations issues de l'article 51 de la LFSS pour 2018.....</i>	94
4.1.3	<i>Une nécessaire cohérence à assurer avec les projets d'extension des décrets d'actes des professions socles</i>	95
4.2	UNE ARTICULATION ENTRE PROTOCOLES ET PRATIQUE AVANCEE A MIEUX DEFINIR.....	96
4.2.1	<i>Le risque de porter préjudice au développement des IPA.....</i>	96
4.2.2	<i>Exemples de superpositions nécessitant une stratégie d'articulation des dispositifs</i>	96
4.2.3	<i>Deux stratégies possibles pour rendre le système plus lisible.....</i>	98
4.3	DES CONDITIONS COMMUNES DE REUSSITE POUR SOUTENIR LES NOUVELLES FORMES DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS	101
5	PERSPECTIVES : L'OPPORTUNITE D'ALLER PLUS LOIN	102
5.1	UNE EVOLUTION QUI DEPASSE LA SIMPLE REPONSE A UNE PROBLEMATIQUE CONJONCTURELLE D'ACCES AUX SOINS.....	102
5.1.1	<i>Même avec une augmentation significative du nombre d'étudiants formés, les problématiques d'accès aux médecins sont amenées à durer.....</i>	102
5.1.2	<i>Une évolution des aspirations professionnelles et du rapport à la coopération des jeunes générations à prendre en considération.....</i>	103
5.1.3	<i>Les réticences plus ou moins fondées de certains acteurs</i>	106
5.1.4	<i>La nécessité de penser ces évolutions autour des besoins des patients et de la qualité des prises en charge.....</i>	110
5.2	L'EXTENSION DE LA PRATIQUE AVANCEE : DERRIERE LES ENJEUX DE RECONNAISSANCE, DES CRITERES DECISIONNELS A DEFINIR...	112
5.2.1	<i>Une acception "française" de la pratique avancée mal comprise par les professionnels : le cas emblématique des IADE.....</i>	112
5.2.2	<i>L'opportunité de reconnaître deux types de pratiques avancées</i>	116
5.2.3	<i>Des critères pour qualifier des pratiques comme "avancées".....</i>	118
5.2.4	<i>Lignes directrices pour reconnaître une nouvelle pratique avancée.....</i>	123
5.3	AU-DELA DE L'OPPORTUNITE D'UNE PROFESSION DE SANTE INTERMEDIAIRE, LA NECESSITE D'UN SCHEMA CIBLE ET D'UNE TRAJECTOIRE CLAIREMENT DEFINIS.....	126
5.3.1	<i>L'opportunité d'une profession de santé intermédiaire : Contraintes, déterminants et prérequis</i>	127
5.3.2	<i>Des dispositifs qui doivent s'inscrire dans un projet global de structuration des soins primaires.....</i>	131
5.3.3	<i>Créer les conditions d'une évolution plus lisible et mieux acceptée des compétences des professions de santé</i>	138
5.3.4	<i>Deux scénarios pour aider à repenser le système.....</i>	140
	LETRE DE MISSION	143
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	149
	SIGLES UTILISES	161

RAPPORT

Introduction

[1] Par lettre du 21 mai 2021, le ministre des Solidarités et de la Santé a confié à l'Inspection générale des affaires sociales une mission d'évaluation et d'analyse des différents dispositifs visant à étendre les compétences des professionnels de santé non-médicaux vers des actes et modalités d'exercice en principe réservés aux médecins.

[2] La mission a pour objet les protocoles de coopération, l'exercice en pratique avancée des auxiliaires médicaux, l'ouverture de cette pratique aux infirmiers spécialisés, et notamment aux infirmiers anesthésistes (IADE). Elle comporte également une réflexion sur l'opportunité de créer une profession de santé intermédiaire menée en lien avec les ordres des médecins et des infirmiers.

[3] Concernant les protocoles de coopération, il s'agit notamment de caractériser l'acceptabilité du transfert d'activité entre professionnels, d'identifier la complémentarité avec les autres dispositions issues des lois hôpital, patients, santé et territoires (HPST)⁴, organisation et transformation du système de santé (OTSS)⁵ et celle visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (loi dite RIST)⁶ et d'apprécier la complémentarité effective entre protocoles locaux et nationaux.

[4] Concernant la pratique avancée, il s'agit plus spécifiquement d'examiner les dispositifs de formation et les conditions d'entrée sur le marché du travail, d'identifier les leviers et freins relatifs à son déploiement et d'envisager les conditions d'extension du dispositif (autres domaines d'intervention, accès direct, primo-prescription). La mission doit examiner les modalités selon lesquelles les infirmiers spécialisés, notamment les IADE, pourraient accéder à un statut d'auxiliaires médicaux en pratique avancée.

[5] Cette évaluation est sollicitée alors même que les dispositifs visés n'ont pas encore atteint, à ce jour, leur pleine portée ou ont fait l'objet de récentes réformes encore inachevées⁷.

[6] Du fait de l'accent mis dans la commande sur la profession infirmière et de l'existence d'autres missions IGAS portant sur certains autres auxiliaires médicaux, la mission a principalement centré son analyse sur cette profession.

[7] Cette mission s'inscrit dans un contexte de fortes mobilisations des professionnels, notamment autour d'enjeux de reconnaissance de leurs compétences accrues par les effets de la crise sanitaire. Les débats parlementaires, lors de la loi dite "Rist"⁸ ou du projet de loi de financement de la sécurité sociale 2022 en cours, en témoignent.

⁴ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁵ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

⁶ Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, issus d'une proposition de loi dont Mme RIST était l'une des signataires et le rapporteur

⁷ La dernière évolution des protocoles de coopération n'avait pas encore vu ses premiers décrets d'application publiés quand la mission a été lancée.

⁸ Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification

[8] Au vu du périmètre de la commande, la mission a choisi d'intégrer dans ses réflexions une appréciation large de la situation des coopérations et partages de compétences, s'efforçant à la fois de répondre aux attentes urgentes des professionnels rencontrés, notamment les infirmiers en pratique avancée et les infirmiers anesthésistes, et d'identifier les sources profondes des difficultés constatées.

[9] La question de l'émergence de formes d'exercice intermédiaires entre professions paramédicales et médicales fait en réalité l'objet d'un foisonnement de réflexions et propositions d'évolutions réglementaires ou législatives depuis 15 ans.

[10] Elle répond principalement à trois enjeux prégnants :

- Le déséquilibre actuel (et durable à moyen voire long terme) entre l'offre et la demande de soins médicaux de la population ;
- La transition épidémiologique liée au vieillissement, à l'augmentation des maladies chroniques ainsi qu'aux progrès des dépistages et des opportunités thérapeutiques, qui transforment les besoins et modes de prise en charge des patients (notion de patients stabilisés qui demandent plus de temps, d'éducation thérapeutique, etc....) ;
- Le besoin de perspectives professionnelles des auxiliaires médicaux dont le système des décrets d'actes rend difficile la reconnaissance des acquis de l'expérience et l'évolution professionnelle (enjeu d'attractivité et de fidélisation des professions paramédicales).

[11] Au-delà de ces trois principaux enjeux, d'autres lignes de force sont en faveur d'une évolution plus offensive :

- L'insécurité juridique des soignants qui interviennent d'ores et déjà souvent au-delà de leurs compétences autorisées face à des situations de soins parfois très dégradées, en l'absence ou faute de disponibilité d'un référent médical (enjeu légal) ;
- L'augmentation générale du niveau académique des professionnels paramédicaux, notamment par le biais des reprises d'études à mi-parcours, qui suscite une demande de reconnaissance des grades universitaires et d'accès à des activités d'enseignement-recherche de la part des professionnels paramédicaux (enjeu académique) ;
- Le mal-être identitaire des professions non-médicales qui expriment un besoin de reconnaissance exacerbé par leur positionnement en "première ligne" face aux besoins de la population en zones sous-denses et pendant la crise sanitaire ;
- L'émergence de technologies (téléconsultation, systèmes d'information interconnectés en temps réel tels que le dossier médical partagé⁹, dispositifs d'autotests et monitoring, analyse par intelligence artificielle) qui portent en elles la perspective d'une bipolarisation des fonctions des professionnels entre accompagnement de proximité (care), et expertise technique spécialisée (gestion des cas complexes/inédits, recherche) ;
- La recomposition globale des modes d'exercice des professionnels de santé (attire des jeunes générations pour le salariat plutôt que pour l'exercice libéral, développement de nouvelles formes d'exercice pluriprofessionnel).

⁹ remplacé en 2022 par « mon espace santé »

[12] La mission a réalisé près de 80 auditions, au cours desquelles elle a entendu plus de 200 interlocuteurs. Elle a ainsi rencontré à la fois des représentants institutionnels, notamment la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) et les directions d'administration centrale compétentes, en premier lieu la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la direction de la sécurité sociale (DSS), ainsi que des professionnels de terrain, et s'est attachée à recueillir la vision des jeunes générations de professionnels et de leurs représentants syndicaux sur le partage de compétences. Les échanges avec les ARS ont donné lieu à l'élaboration d'un questionnaire auquel neuf ARS ont répondu : Huit des treize ARS métropolitaines (elles servent 76 % de la population métropolitaine, près de 50 millions d'habitants) ainsi que l'ARS Guadeloupe (17 % de la population des outre mers).

[13] Par ailleurs, la mission a souhaité recueillir l'avis des usagers du système de santé sur deux thématiques : l'exercice de la pratique avancée et les transferts de compétences des médecins vers les infirmiers. Le questionnaire a été relayé par France Assos Santé à 80 associations, dont les membres devaient le transmettre à leurs adhérents, usagers du système de santé. 347 réponses ont été recueillies.

[14] Les nombreux échanges ont confirmé le besoin de réponses face à des problématiques durables d'accès aux soins, le besoin de perspectives professionnelles des professions paramédicales et un système en difficulté au regard des réticences de chaque profession à partager des tâches. Même s'il y a effectivement des évolutions réglementaires et législatives importantes, il reste toute une série d'éléments qui font obstacle à la coopération.

[15] Dans la réflexion qu'il a conduite en 2014, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie préconisait déjà de développer les possibilités de coopération dans l'ensemble des structures médicales, et d'en assouplir les conditions. Selon Patrick Hassenteufel, cette démarche se heurte néanmoins à la triple logique de "construction de monopoles, [de] hiérarchisation et [d']autonomie professionnelle¹⁰" qui caractérise les professions médicales.

[16] La première partie du rapport présente le contexte d'émergence des nouveaux partages de compétences en soulignant les facteurs systémiques qui les rendent à la fois nécessaires et particulièrement difficiles en France. Sont ensuite traitées successivement l'évaluation de ces protocoles de coopération désormais simplifiés et dont le développement reste à confirmer (partie 2) et celle de la pratique avancée infirmière encore insuffisamment attractive et dont les difficultés de déploiement sont prégnantes (partie 3). Une quatrième partie considère les risques de superposition et de concurrence entre les multiples dispositifs visant à faire évoluer les partages de compétences et les modalités d'organisation existantes. Enfin la dernière partie dresse les perspectives envisageables en termes d'extension et d'évolution de la pratique avancée, pour lesquelles elle s'efforce de proposer des lignes directrices et critères décisionnels. Elle examine enfin l'opportunité d'une profession de santé intermédiaire et élargit la réflexion pour proposer deux scénarios de refonte de l'organisation des professions de santé.

1 Le partage des compétences entre professionnels de santé : des attentes importantes, des avancées à renforcer

[17] L'organisation des professions de santé en France est structurée par la distinction entre professionnels médicaux¹¹ et professionnels non-médicaux. Sa compréhension est déterminante

¹⁰ Patrick HASSENTEUFEL, Professeur de science politique, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, Sciences Po Saint-Germain-en-Laye

¹¹ Médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes

pour appréhender ce que sont les protocoles de coopération ou la pratique avancée, et surtout ce que pourraient être une ou des professions de santé intermédiaires.

[18] La quatrième partie du code de la santé publique (CSP) et de nombreux textes y faisant référence utilisent les catégories de professions médicales, professions paramédicales ou d'auxiliaires médicaux pour leur attribuer des droits distincts mais aucune définition de ces regroupements n'est jamais donnée, et ni la durée des études ni la nature des missions ne permettent véritablement de comprendre le périmètre de ces catégories (cf. annexe 1 – Réflexions sur les professions de santé).

1.1 Les raisons d'envisager un nouveau partage des compétences

1.1.1 Une organisation du système de soins peu favorable au partage de tâches et à la coopération

[19] Selon Stéphane Brissy¹², *"Il existe en France différents types de limites à [la] redéfinition des professionnels de santé par les protocoles de coopération. Elles sont d'ordre juridique – par exemple, l'utilisation des décrets d'acte ne peut permettre que des délégations temporaires de tâches –, d'ordre financier – la rémunération individuelle à l'acte constitue inéluctablement un frein au développement de la coopération puisque c'est celui qui fait l'acte qui est rémunéré – d'ordre sociologique et politique : même si certaines études affirment que les métiers de la coordination ne prendraient pas ici leur revanche sur les médecins, il est communément admis que chacune des professions de santé est jalouse de ses prérogatives monopolistiques. La France est quasiment le seul État européen à définir de manière aussi stricte les compétences de certains de ses professionnels de santé. Le Québec, par exemple, procède à l'inverse : des actes ou groupes d'actes sont définis alors que les professions de santé s'autorégulent. Différents professionnels de santé peuvent donc effectuer le même groupe d'actes."*

1.1.1.1 La pénalisation de l'exercice illégal de la médecine : fondement d'un système très cloisonné

Le monopole médical : notion-clé de la distinction entre professionnels médicaux et non-médicaux

[20] Sur le plan juridique, la nature de cette distinction se trouve explicitée à l'article L4161-1 du CSP, qui caractérise la notion de monopole médical, protégé par l'incrimination de l'exercice illégal de la médecine. Ce cadre juridique, fruit d'une histoire bien spécifique¹³, accorde de fait une compétence générale à la profession de médecin pour tout ce qui concerne le diagnostic et le traitement de maladies (cf. pièce jointe n°1). A contrario, il n'entend l'intervention d'autres professions dans ce champ que par dérogation au monopole médical et sur autorisation explicite assortie d'un formalisme prédéterminé. En découlent un très fort cloisonnement des différentes professions de santé et une rigidité extrême de la répartition des compétences et actes entre celles-ci.

¹² Stéphane Brissy, "Les professionnels de santé en Europe : la notion de "profession de santé"", Institut Droit et Santé - Université Paris Descartes, juin 2018 - <https://fr.calameo.com/read/00531799035fbd0ce4a02>

¹³ TABUTEAU Didier, "Les officiers de santé : un schisme professionnel aux effets délétères et durables", Le Concours médical, Tome 140, décembre 2018, pages 12-14

La loi du 30 novembre 1892, à l'origine du système du "tout médecin", encore prégnant aujourd'hui

[21] Conclusion d'un siècle de combats des docteurs en médecine contre l'existence des officiers de santé (cf. encadré p.108), aujourd'hui encore fréquemment cités en référence quand il est question de profession de santé intermédiaire¹⁴, la loi du 30 novembre 1892 est à l'origine de cette spécificité française qui consiste à pouvoir incriminer pour exercice illégal de la médecine, non seulement des personnes ne disposant d'aucune formation reconnue en santé, mais également des professionnels de santé diplômés d'Etat, dès lors qu'ils excèdent le périmètre de compétence qui leur est explicitement reconnu par la législation. Sont ainsi prohibés l'usurpation du titre et les actes susceptibles d'être dangereux pour l'intégrité physique et mentale des personnes (comme c'est le cas en général pour les délits pénaux) mais aussi, à la différence d'autres pays, toute ingérence de professionnels autres que "les docteurs en médecine" sur le terrain des activités de "diagnostic" et du "traitement des maladies". Ceci recouvre en réalité toute activité d'évaluation du patient et de soins, même si celle-ci est de faible complexité et sans risque.

[22] Même si la jurisprudence pénale a, finalement, adopté une interprétation assez restrictive de la notion d'exercice illégal de la médecine¹⁵, les rédacteurs des textes qui fondent l'exercice des autres professions de santé (à commencer par l'académie de médecine, dont l'avis est présenté comme obligatoire) en ont eu, pour leur part, une interprétation très large et scrupuleuse, consacrant l'idée que les professions non-médicales ne peuvent intervenir sur ce champ que par dérogation explicite énoncée de façon particulièrement limitative. Selon Didier Tabuteau¹⁶ : *"Le syndrome du 'tout médecin' s'est alors développé. Cela pourrait expliquer que de nombreux actes soient aujourd'hui réservés en France aux médecins alors qu'ils sont pratiqués dans d'autres pays par des professionnels ayant une formation moins complète"*, contribuant au retard de développement des professions paramédicales en France¹⁷.

¹⁴ Au cours des débats parlementaires sur la proposition de loi Rist et dès les premiers entretiens qu'a conduit la mission, la référence à l'épisode historique des officiers de santé (cf. encadré p.108) s'est trouvé convoquée dans les argumentaires des représentants de la profession médicale.

Cf. également <http://lesgeneralistes-csmf.fr/2020/12/11/histoire-qui-etaient-ces-officiers-de-sante-qui-ont-traumatise-les-medecins-francais/>

¹⁵ La qualification d'exercice illégal de la médecine a essentiellement été appliquée à des pratiques proches du charlatanisme telles que : galvanothérapie ; magnétisme; radiesthésie; hypnotisme et spiritisme ; pratiques de sorciers et rebouteux ; traitements à base de peroxydases synthétiques présentés comme médicaments "miracle" ; traitements amaigrissants hyperprotéinés ; traitements "par les plantes" ou par "pilules bleues, poudre blanche, mélange d'aspirine et de sucre".

Elle a cependant aussi été appliquée à des pratiques aujourd'hui reconnues comme légales telles que l'ostéopathie et la chiropractie, avant que la loi sur les droits des malades opère à leur sujet un changement de régime. De même, pendant longtemps, le maniement d'appareils destinés à mesurer la réfraction oculaire étant réservé aux médecins par l'arrêté du 6 janvier 1962 modifié, les opticiens-lunetiers s'en sont vus interdire l'usage jusqu'à ce que la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, autorisant les opticiens-lunetiers à adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs en cours de validité, sauf opposition du médecin.

Les condamnations de professionnels de santé dépassant les actes qui leur sont autorisés sont, elles, extrêmement rares – par ex : kinésithérapeute pratiquant un massage à finalité thérapeutique sans prescription médicale.

¹⁶ TABUTEAU Didier, "Les officiers de santé : un schisme professionnel aux effets délétères et durables", *Le Concours médical*, Tome 140, décembre 2018, pages 12-14.

¹⁷ Alors que Florence Nightingale a promu les soins infirmiers dès les années 1850 outre-Manche, il faut attendre 1922 en France pour voir la profession infirmière être réglementée par décret, sous l'impulsion de Léonie Chaptal.

L'émergence de la profession de masseurs-kinésithérapeutes est également laborieuse comme le montre J. Monet, "Émergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle : une spécialité médicale impossible - Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914", Université de Paris I – Panthéon Sorbonne, thèse soutenue en juin 2003

Dans sa formulation actuelle, l'article L4161-1 du CSP continue d'énumérer de façon très précise la liste des professionnels bénéficiant d'une dérogation au monopole médical.

[23] Dans cette liste, la formule " les personnes qui accomplissent, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret" désigne en réalité toutes les professions de santé réglementées non énumérées en propre et constitue l'origine de l'exigence d'un décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine, énumérant de façon explicite les actes autorisés pour toute nouvelle profession.

[24] Cet article fonde les trois modalités d'intervention "dérogatoires" qui apparaissent dans les décrets d'actes ou de compétences des différentes professions de santé réglementées :

- "sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin, celui-ci pouvant contrôler et intervenir à tout moment" ;
- "uniquement sur prescription qualitative et quantitative du médecin, mais en dehors de la présence de celui-ci" ;
- "en vertu d'un rôle propre" explicitement énoncé dans le décret de compétence.

[25] Dès les années 2000, le caractère excessivement rigide d'un tel système juridique a été critiqué¹⁸. Le rapport d'information¹⁹ de janvier 2014, de la commission des affaires sociales du Sénat sur la coopération entre professionnels de santé notait que *"la détermination de périmètres d'exercice différents strictement délimités, dans le cas des professions paramédicales, par des décrets de compétence et reposant principalement sur l'importance de la formation initiale, apparaît en effet rigide et cloisonnée à l'excès au regard de ces nouveaux enjeux – sans compter qu'elle peut parfois apparaître obsolète au regard de la réalité des pratiques"*.

1.1.1.2 Un modèle de prise en charge des soins et prescriptions par l'assurance maladie qui restreint l'éventail d'intervention des professionnels non-médicaux

[26] À l'intérieur de ce qu'il est juridiquement autorisé aux professionnels de santé non-médicaux de pratiquer sans être passibles d'exercice illégal de la médecine, s'impose très concrètement un deuxième niveau de limitation : le périmètre des actes et prescriptions pouvant être pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie.

[27] Quand bien même la loi les y autorise, dans un système où la prise en charge des soins par l'assurance maladie est considérée comme la norme par les patients, il s'avère en effet très difficile pour les professionnels de santé de facturer des prestations non-éligibles à remboursement, même partiel, et des compétences légalement reconnues peuvent de ce fait se trouver, faute de prise en charge prévue par l'assurance maladie, impossibles en pratique à mettre en œuvre. C'est le cas par exemple pour les compétences de surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire reconnues dans le rôle propre des infirmiers²⁰ : les infirmiers ne sont pas dans l'illégalité s'ils les pratiquent sans

¹⁸ "Il faut cesser de codifier les domaines d'activité des différents métiers par des listes d'examens, d'actes ou de thérapeutiques susceptibles d'être réalisés ou prescrits. En effet, ceci aboutit rapidement à des décrets de compétence totalement obsolètes car ils ne sont pas régulièrement toilettés. Les exemples que l'on pourrait donner sont multiples. Les textes réglementaires devront plutôt s'attacher à décrire les contours des métiers dans leurs grands principes et à donner aux acteurs les moyens d'exercer leur profession pleinement en fonction d'une compétence acquise au travers d'une formation qui aura au préalable défini ses objectifs" - Y. Berland, Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences, Doc. fr. 2003.

¹⁹ Rapport de Mme Catherine GÉNISSON et M. Alain MILON, Sénateurs

²⁰ Article R4311-5 CSP

prescription préalable mais, ils ne peuvent pas le facturer et ils ne les réalisent donc concrètement que sur prescription par un médecin de "soins infirmiers" ou en marge de la réalisation d'autres actes prescrits.

[28] De fait, la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) qui définit les actes facturables par les professionnels de santé ne prévoit, pour les auxiliaires médicaux, que des actes faisant "*l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative*" (art 5). Le bilan de soins infirmiers mis en place pour les patients dépendants au 1^{er} janvier 2020 constitue à ce jour le seul acte infirmier pouvant être réalisé et facturé sans prescription médicale préalable.

[29] Même si la liste des actes elle-même s'avère légèrement plus souple que cet énoncé, les modèles de feuilles de soins et les systèmes d'information de télétransmission ont été conçus sur ce principe. Ce qui fait que même quand elle est prévue dans la nomenclature, le remboursement d'actes non-prescrits ou non-supervisés reste particulièrement fastidieux à obtenir pour les auxiliaires médicaux.

[30] Dans le processus de reconnaissance de toute nouvelle compétence à des auxiliaires médicaux, succède donc à la conquête légale, la nécessité d'une négociation conventionnelle avec l'assurance maladie pour les voir inscrits dans la NGAP, et donc facturables et pris en charge pour les patients.

[31] Il en va de même pour la prise en charge de certains médicaments ou produits médicaux à prescription facultative, dont le remboursement n'est pris en charge que si la prescription émane d'une liste de professionnels prédéterminée par l'Assurance maladie. Il n'est pas interdit aux autres professionnels de les prescrire mais, dans ce cas, ils ne seront pas remboursés, ce qui donne un avantage compétitif à ceux dont la prescription emporte le remboursement. À titre d'exemple, les substituts nicotiques sont remboursés lorsqu'ils sont prescrits par des infirmiers, mais ce n'est pas le cas du paracétamol, qui ne sera remboursé que prescrit par un professionnel médical (médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste), alors qu'il appartient à la catégorie des médicaments à prescription facultative.

[32] Dans un tel système, certains élargissements de compétences votés par le législateur peuvent être restreints voire compromis par le désaccord ultérieur de certains professionnels (avis défavorable de l'académie de médecine ou du Haut conseil des professions paramédicales (HCPP) sur leur décret d'application, opposition des syndicats lors de la négociation conventionnelle qui les prive de modèle économique), tandis que des évolutions parfois mineures²¹ ou sur lesquelles les professionnels pourraient facilement s'accorder sont rendues impossibles sans modification préalable de la loi.

1.1.1.3 Des caractéristiques du système libéral qui freinent le développement des coopérations

[33] La question de la coopération entre professionnels de santé est depuis quelques années au cœur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé, dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours.

[34] Mais, à la différence des systèmes britanniques, où les soins primaires s'organisent sous forme de groupements en coopératives de médecins généralistes employant des infirmiers, ou des systèmes espagnols, italiens ou suédois, où les soins primaires s'organisent sous forme de centres de soins primaires réunissant des médecins généralistes et du personnel paramédical dans une zone

²¹ Telles que la modification d'une condition de diplôme nécessaire pour accéder à certaines modalités d'exercice ou l'ouverture d'un droit à prescrire certaines prestations soumises à prescription médicale tels que des bons de transport ou des arrêts de travail

analogue à un canton, l'organisation des soins primaires en France s'est d'abord construite sur un modèle libéral prenant le plus souvent la forme d'un exercice isolé.

[35] Dans un tel système, le partage de compétences induit nécessairement des problématiques de concurrence d'activité entre professionnels exerçant sur un même champ dans un même territoire. La crainte de voir son activité réduite par l'émergence d'autres professionnels est particulièrement forte quand le modèle de rémunération est très dépendant de l'activité (tarification à l'acte)²² et quand la tendance démographique de la profession est envisagée à la hausse, comme c'est le cas actuellement pour les professions de santé en France.

[36] Un système qui ne rémunère que le face-à-face avec le patient n'incite en outre pas à consacrer du temps à la coordination. La revue française des affaires sociales²³ consacrée aux dernières réformes souligne : *"Si le partenariat entre le médecin et l'infirmière est central dans les modèles étrangers, en France, le développement des MSP²⁴ mobilise souvent fortement les diverses professions paramédicales mais moins les infirmières (...). Comment comprendre cette situation singulière ? (...) Les infirmières assurant des soins de premier recours en France sont libérales alors que, dans beaucoup de pays, elles sont salariées. Leur mode de rémunération (à l'acte) implique leur présence importante au domicile des patients, ce qui les rend moins disponibles pour le travail en équipe"*.

[37] En France, l'exercice regroupé pluriprofessionnel concernait en 2018 moins de 10 % des médecins généralistes libéraux et environ 8 % des professionnels paramédicaux²⁵.

1.1.2 Un repositionnement nécessaire des professionnels au vu de leurs compétences et de leurs aspirations actuelles

1.1.2.1 Une montée en compétence académique et une spécialisation des professionnels paramédicaux qui légitime des revendications d'autonomie accrue

[38] En parallèle, le champ de la santé a bénéficié, comme l'ensemble des champs professionnels d'une montée en compétence académique de la population, qui se traduit par une formation plus longue, plus riche sur le plan théorique et plus technique sur le plan pratique des professionnels.

[39] Les 20 dernières années ont ainsi vu se succéder les évolutions suivantes :

- Décret du 4 octobre 2001 : formation des IBODE (infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat) en 18 mois ;
- Loi du 17 janvier 2002 puis arrêté du 31 juillet 2009 : réingénierie des diplômes infirmiers ;
- Arrêté du 23 juillet 2012 : formation des IADE en 24 mois ;
- Décret n° 2014-1511 du 15 décembre 2014 : attribution du grade de master aux sages-femmes, aux infirmiers-anesthésistes et aux formations d'orthophonistes.

²² Bras Pierre-Louis, "Paiement à l'acte/capitation : une réforme ébauchée mais avortée", *Les Tribunes de la santé*, 2017/4 (n° 57), p. 71-89. DOI : 10.3917/seve.057.0071. URL : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2017-4-page-71.htm>

²³ "Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées". Patrick Hassenteufel, Michel Naiditch, François-Xavier Schweyer La Documentation française | "Revue française des affaires sociales" 2020/1 | pages 11 à 31

²⁴ Maisons de santé pluriprofessionnelles

²⁵ Rapport IGAS 2018-041R "Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (Appui à la DGOS)" – Emilie Fauchier-Magnan et Véronique Wallon.

[40] On peut également mentionner les travaux, non encore achevés, de réingénierie en deux ans et de reconnaissance au grade de master des deux dernières spécialités infirmières (puéricultrices et IBODE).

[41] On assiste en parallèle à l'émergence de sciences infirmières et de rééducation à l'université. Ces activités de recherche pourraient à terme se développer jusqu'au niveau du doctorat, comme c'est déjà le cas dans d'autres pays²⁶.

[42] Les études de médecine elles aussi se sont enrichies et certains jeunes médecins rencontrés par la mission indiquent préférer se concentrer sur des activités sur lesquelles ils apportent une réelle valeur ajoutée.

[43] Dès 2003, la mission Berland²⁷ concluait qu'il y avait lieu de *"redéfinir les missions des médecins avec le souci qu'ils soient utilisés de manière optimale à leur juste niveau de formation qui est de niveau Bac + 9 à Bac + 11. Ainsi il [était] proposé que des professions de santé assument des activités qui auraient justifié la seule intervention des médecins il y a 20 ou 30 ans mais, les compétences évoluant, ne la nécessitent plus"*.

1.1.2.2 Un enjeu d'attractivité et de fidélisation des soignants

[44] La possibilité d'accéder à des mobilités ascendantes est un élément fort d'attractivité des métiers et de longévité des carrières au sein de ceux-ci. Grâce à la reconnaissance des acquis de l'expérience et à l'essor de la formation tout au long de la vie, les opportunités de progression en cours de carrière ont augmenté dans toute la société depuis les années 1980²⁸. Les soignants n'échappent pas à ces aspirations de progression professionnelle et d'ascension sociale mais les opportunités qui leur sont offertes sont très réduites. Une reprise d'études pour devenir médecin est possible mais extrêmement coûteuse²⁹ et, avant l'existence de la pratique avancée, seuls les diplômés d'État de spécialisation infirmière et le concours de cadre de santé permettaient un réel changement de statut, assorti d'une modification des responsabilités professionnelles. Cela n'a pas empêché certains professionnels de reprendre des études pour valider un bac+5³⁰ mais ces initiatives visaient, jusqu'à la création du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée (DEIPA), surtout des reconversions en dehors ou en marge du système de soins³¹.

²⁶ Ex: Canada, Etats-Unis, Royaume-Uni, Afrique du Sud

²⁷ Y. Berland, T. Gausseron, Mission Démographie des professions de santé, rapport au ministre de la santé, nov. 2002, Doc. fr. 2002

²⁸ Monso O. : "Changer de groupe social en cours de carrière - Davantage de mobilité depuis les années quatre-vingt", INSEE première, n° 1112, décembre 2006.

²⁹ Les jeunes diplômés en soins infirmiers justifiant de deux années d'expérience professionnelle, à plein temps et en lien avec leur diplôme, peuvent intégrer des études de médecine directement en 2^e ou 3^e année mais il leur reste alors entre 7 et 9 ans d'études à accomplir, soit une interruption de carrière difficile à soutenir sauf à disposer de ressources personnelles conséquentes.

³⁰ Comme le montre le nombre d'étudiants IPA ayant bénéficié d'une validation des études supérieures, un nombre non négligeable d'infirmiers disposent d'un bac+5, parfois obtenu en reprise d'études et parfois dans le domaine de la santé (master en santé publique, en qualité ou organisation du système de soin) mais souvent dans des filières non directement associées aux études de santé, telles que la psychologie, la sociologie ou les sciences de l'éducation.

³¹ Certains infirmiers se reconvertissent dans des pratiques de soins "alternatives", telles que "Doula", sophrologue ou praticien en hypnose, dont la durée de formation est plus accessible que les études médicales ou les passerelles proposées vers d'autres DE de santé. Le site <https://www.charlottek.fr/reconversions-possibles-apres-infirmiere/> donne une idée du panel des options envisagées.

1.1.3 Un enjeu d'accès aux soins qui provoque d'ores et déjà des glissements de tâches

1.1.3.1 Une offre de soins médicaux insuffisante par rapport aux besoins de la population

[45] Sous l'effet cumulé d'une augmentation de l'espérance de vie plus rapide que celle de l'espérance de vie en bonne santé, du développement des maladies chroniques et des progrès des capacités de diagnostic³², la demande de soins a fortement augmenté au cours du XX^e siècle, menaçant, au tournant des années 2000, de dépasser l'offre de soins proposée par les médecins dans tous les pays développés. En France, s'y ajoute une diminution tendancielle de l'activité par praticien³³.

[46] Les indicateurs de cette pénurie sont aujourd'hui manifestes :

- Selon l'observatoire de l'accès aux soins, 64 % des français renonceraient à se soigner à cause des délais de rendez-vous des praticiens³⁴.
- 10 % de la population n'a pas de médecin traitant dont plus de la moitié en cherche un et une part non-négligeable est atteinte d'ALD³⁵.
- 3 médecins généralistes sur 4 (72 %) admettent ne pas pouvoir répondre à la totalité des demandes de consultations non programmées pour le jour même ou le lendemain et 55 % d'entre eux estiment pouvoir répondre à moins de la moitié de ces demandes³⁶.
- 148 cantons étaient dépourvus de médecins en 2017. 80 % ont vu baisser leur démographie médicale au cours des dernières années³⁷.

[47] Cette situation n'est pas seulement le résultat d'une insuffisance quantitative, le nombre de médecins par habitant en France étant loin d'être le plus faible d'Europe. Elle découle également d'une répartition inégale des praticiens sur le territoire, d'une évolution notable des préférences d'exercice de ceux-ci. La perception d'un manque de disponibilité des médecins par les patients est

³² Selon le CESE, la proportion de personnes atteintes de maladie chronique pourrait passer de 15 à 25 % de la population dans les années à venir.

"Une très grande part de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques est due au vieillissement de la population et à l'accroissement de l'espérance de vie. Cependant, d'autres facteurs sont aussi à l'œuvre, certains positifs (meilleurs diagnostics, meilleures techniques d'imagerie) et d'autres négatifs (surdiagnostic ou augmentation de l'incidence due à l'augmentation ou à la persistance de certains facteurs de risque : sédentarité et inactivité physique, surpoids et obésité, réduction insuffisante du tabagisme et des inégalités sociales)".

L'OMS considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au XXI^e siècle relèvent des troubles mentaux : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs.

DREES L'état de santé de la population en France Rapport 2017

³³ Bras Pierre-Louis, "Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ?", Les Tribunes de la santé, 2016/1 (n° 50), p. 67-91. DOI : 10.3917/seve.050.0067. URL : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2016-1-page-67.htm>

³⁴ Étude de l'observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde, réalisée par l'IFOP pour le cabinet Jalma mars 2017.

³⁵ <https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/nicolas-revel-directeur-general-de-lassurance-maladie-laces-au-medecin-traitant-me-preoccupe>
<https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-enquete-aupres-des-medecins-generalistes-pres-d-un-medecin-traitant-sur-deux-refuse-de-nouveaux-patients-n73175/>

³⁶ Données Drees, "Études et résultats", n° 1138, janvier 2020. Enquête fondée sur un panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale (les soins non programmés ne faisant pas l'objet d'une traçabilité dans les systèmes d'information de l'assurance maladie).

³⁷ Rapport "accès aux soins en milieu rural : la bombe à retardement" réalisé par l'association des maires ruraux de France en 2020.

renforcée par la monopolisation croissante de leurs agendas par des soins programmés au détriment des soins non-programmés³⁸.

[48] Ce manque de disponibilité impacte négativement la prise en charge des patients de deux manières :

- Il crée des "embouteillages" dans les files actives de certains médecins généralistes comme spécialistes, susceptibles de créer des pertes de chance voire un renoncement aux soins pour de plus en plus de patients³⁹. Face à un problème médical, l'automédication et la recherche de conseils en dehors du système de soins sont les premiers réflexes de plus d'un tiers des patients, en particulier des plus jeunes⁴⁰;
- Il rend plus difficile pour les médecins de réaliser des consultations longues et d'accorder le temps nécessaire à l'accompagnement des patients en dehors des consultations. Les patients diabétiques ne réalisent en moyenne sur l'année que 53 % des examens et actes recommandés⁴¹. Cette situation nourrit un mal-être parmi les praticiens confrontés à l'impossibilité d'assurer l'accompagnement adéquat de leurs patients.

[49] Il est en partie en cause également dans la crise des urgences, vers lesquelles se reportent, de fait, les demandes non satisfaites qui ne peuvent pas attendre, quel que soit leur degré de gravité⁴².

1.1.3.2 L'existence de glissements de tâches dont l'absence de reconnaissance pose problème

[50] Face à cette situation, les professionnels se sont adaptés et sur le terrain de nombreux glissements de tâches plus ou moins légaux⁴³ se sont produits : interventions d'auxiliaires médicaux en autonomie pour des actes pour lesquels ils devraient en principe être supervisés, formation "sur le tas" d'infirmiers à la réalisation d'actes complexes pour qu'ils puissent les réaliser en lieu et place du médecin, ordonnances collectives ou pré-rédigées⁴⁴, proposition de prescriptions préparées par l'infirmier et signées a posteriori sans véritable examen du patient par le médecin, prise en charge

³⁸ "3 généralistes sur 10 répondent à la totalité des demandes de soins non programmés et 45 % à plus de la moitié. Pour ce type de demandes, le généraliste reçoit plus souvent le jour même les patients dont il est le médecin traitant que les autres. Lorsqu'ils ne peuvent répondre à de telles demandes, la moitié des médecins généralistes réorientent vers le secteur libéral et un quart vers les urgences ou les services d'aide médicale urgente (Samu)". - Note DREES n°1138 janvier 2020

³⁹ En 2017, 3,1 % des personnes de 16 ans ou plus vivant en France métropolitaine, soit 1,6 million de personnes, ont renoncé à des soins médicaux, d'après l'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) de l'INSEE. Une fois tenu compte des caractéristiques des personnes interrogées (âge, sexe, diplôme, situation sur le marché du travail...), les personnes pauvres en conditions de vie ont trois fois plus de risques de renoncer à des soins que les autres. En outre, dans une zone très sous-dotée en médecins généralistes, leur risque est plus de huit fois supérieur à celui du restant de la population.

⁴⁰ Enquête DREES, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/qualite-et-acces-aux-soins-que-pensent-les-francais-de-leurs-publication-de-2017>

⁴¹ Etude MGEN/laboratoire LIRAES 2010-2015 d'après les données de remboursements de soins

⁴²Rapport "pour impact de refondation des urgences" Thomas Mesnier, député de Charente et professeur Pierre Carli, président du conseil national de l'urgence hospitalière, avec la contribution de Stéphanie Fillon et Hamid Siahmed de l'IGAS – décembre 2019

⁴³ La réalisation de certains actes habituellement pratiqués par des médecins et non mentionnés dans le décret d'acte des professionnels mais ne concernant ni le diagnostic, ni le traitement de maladies (seuls pénalisés par l'exercice illégal de la médecine) n'est en réalité pas illégale. Les professionnels eux-mêmes n'en sont pas toujours conscients...

⁴⁴ Ex: <https://www.chusj.org/fr/soins-services/P/Pharmacie/Ordonnances-collectives>

par des professionnels non-médicaux expérimentés d'actes de plus en plus poussés de pré-diagnostic ou d'interprétation de prescriptions⁴⁵...

[51] Dès 2003, le rapport du Professeur Y.BERLAND⁴⁶ faisait état de pratiques existantes de délégation de tâches, souvent non reconnues, et proposait des transferts de compétences ciblées correspondant à une régularisation de pratiques préexistantes : échographie pour les manipulateurs en électroradiologie, transfert de tâches et de compétences vers les orthoptistes... Près de vingt ans après, le sujet est toujours d'actualité. Selon une étude réalisée en 2012 en milieu hospitalier⁴⁷ :

- *"87 % des infirmiers interrogés déclarent avoir déjà effectué un soin du rôle prescrit sans prescription médicale au moins une fois dans leur pratique professionnelle.*
- *67 % des infirmiers déclarent avoir déjà posé une sonde urinaire chez un homme alors que c'était son premier sondage, alors que la première pose d'une sonde urinaire chez un homme doit en principe être effectuée par un médecin.*
- *Les infirmiers ont évoqué les raisons suivantes : le médecin n'était pas présent dans le service ou a refusé de se déplacer, c'est le fonctionnement naturel du service, le médecin ne savait pas poser une sonde urinaire."*

[52] Il est difficile d'évaluer l'ampleur du phénomène car, sauf dérogation légale, les délégataires comme les délégants et le cas échéant, l'établissement qui les emploie, risquent tous d'être incriminés d'exercice illégal de la médecine s'ils rendent visibles ces réalités.

[53] Faute de formalisation, aucune norme de formation et de sécurité ne peut être appliquée à ses actes, ce qui comporte potentiellement des risques pour le patient.

Recommandation n°1 Faire réaliser par la DREES une enquête anonymisée visant à établir, sur un échantillon d'actes définis par la DGOS, la proportion de professionnels paramédicaux réalisant occasionnellement ou régulièrement à l'hôpital des actes médicaux.

[54] Dans de nombreux cas, contrairement à ce que préconise l'article 6 de la NGAP (cf. pièce jointe n°2), l'intervention du professionnel non-médical est officiellement attribuée au médecin, restant invisible pour l'assurance maladie et parfois pour le patient.

[55] Cette invisibilisation est problématique pour les patients, dont elle compromet le consentement éclairé et le libre choix du professionnel qui les prend en charge, mais aussi pour les professionnels concernés, chez qui elle nourrit un sentiment de manque de reconnaissance de leurs compétences. Elle prive également ces professionnels des preuves de l'extension de leur périmètre d'intervention et des responsabilités réellement assumées, qui pourraient fonder leur revalorisation salariale ou un rééquilibrage des modèles de tarification entre professionnels médicaux et paramédicaux en libéral. Enfin, pour les pouvoirs publics, elle ne permet pas d'évaluer pleinement les effets de ces glissements sur la qualité et la sécurité des soins.

⁴⁵ La loi permet en principe l'intervention des auxiliaires médicaux sans supervision "uniquement sur prescription qualitative et quantitative du médecin". En pratique, certaines ordonnances prescrivent de façon générique des soins infirmiers ou des séances de rééducation, en laissant le professionnel déterminer la nature et le nombre d'actes à réaliser.

⁴⁶ Rapport intitulé : "Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences".

⁴⁷ Vincent Lautard, master 2 droit de la santé et de la protection sociale portant sur "Glissements de compétences entre infirmiers et médecins : Une insécurité juridique permanente" – étude réalisée dans des services d'urologie

1.2 Depuis une quinzaine d'années, des avancées prudentes confrontées à de fortes réticences de certains acteurs

[56] La question du partage de compétence en soins primaires a émergé dans plusieurs États européens depuis le début des années 2000⁴⁸. Il ne s'agit pas seulement de répondre aux trois facteurs de crise exposés ci-dessus (pénurie médicale, insécurité juridique de situations de fait qui se sont développées en marge de la réglementation, besoin de reconnaissance des professionnels), mais bien de repenser, face à de multiples évolutions de fond, l'organisation des soins et la place de chacun en son sein afin d'assurer la meilleure adéquation possible des interventions avec les besoins de la population.

[57] Ce mouvement a été amorcé en France par le rapport Berland de 2003. Il s'est traduit sur le plan législatif selon trois approches :

- La reconnaissance de dérogations limitées sans remettre en cause les périmètres des compétences socles (protocoles de coopération mais aussi plus récemment mesures d'urgence sanitaire, expérimentations de l'art 51 de la LFSS pour 2018) ;
- La création d'un nouveau niveau d'exercice offrant à certains professionnels attestant d'une formation et d'une expérience avancées, un pouvoir décisionnel autonome allant au-delà de la profession socle dans des circonstances et conditions d'intervention définies (pratique avancée) ;
- Une dynamique globale d'évolution des périmètres d'intervention entre professionnels par révision des décrets de compétences, avec, depuis 2011, l'émergence de propositions sur la mise en place d'un niveau intermédiaire.

1.2.1 Avec les protocoles de coopération, la régularisation et l'encouragement de délégations dérogatoires sans réelle autonomie décisionnelle

[58] La mise en place des protocoles de coopération par la loi HPST en 2009 constitue une première étape d'assouplissement du cloisonnement existant, en introduisant la possibilité de délégations exceptionnelles d'actes au-delà des frontières réglementaires normales entre professionnels. C'est le rapport d'étape d'Y. Berland de 2003 intitulé "Coopération des professions de santé : le transfert des tâches et de compétences" qui a en partie permis d'ouvrir ce débat.

⁴⁸ Stéphane Brissy, "Les professionnels de santé en Europe : la notion de "profession de santé"", Institut Droit et Santé - Université Paris Descartes, juin 2018 - <https://fr.calameo.com/read/00531799035fbd0ce4a02>

"Chronologiquement, l'intérêt européen pour la coopération entre professionnels a jailli au même moment, c'est-à-dire au tout début des années 2000 avec une année clé qui est 2003. Nous avons vu que la France a commencé l'expérimentation de la coopération entre professionnels en 2003 ; c'est en 2003 que la grande loi espagnole sur les professions de santé est adoptée, cette loi insistant dès son exposé des motifs sur l'importance du travail en équipe, et c'est en 2003 que l'Allemagne a adopté une réforme visant à créer des centres d'activités médicales, nouvelle forme d'exercice en soins ambulatoires. La prise de conscience s'est également faite en 1995 et 2005 au Royaume-Uni. En Belgique, le médecin généraliste a fait l'objet d'une réglementation particulière en 2002 et une procédure de coopération/ concertation est organisée par un arrêté royal dans le domaine des soins psychiatriques en mars 2012. La loi roumaine de 2006 consacre pour sa part "le médecin de famille", ce qui signifie que l'offre de soins insiste sur les soins de premier recours ou première ligne."

[59] Les protocoles de coopérations ne concernent pas que des dérogations au monopole médical mais plus largement des *"transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ou [la] réorganisation des modes d'intervention"*. En pratique, les dérogations au monopole médical à proprement parler sont peu nombreuses et restent de portée assez limitée.

[60] Dans la partie réglementaire du code de la santé qui en explicite les conditions de mise en place, il est indiqué que tout protocole doit contenir des "arbres de décision associant une action à chaque situation identifiée, sans que les professionnels délégués puissent effectuer un diagnostic ou un choix thérapeutique non prévus dans le protocole"⁴⁹. Il en découle que les protocoles en question, même s'ils exigent l'acquisition de compétences nouvelles, excluent toute possibilité d'initiative propre de nature analytique ou décisionnelle, ce qui constitue la nature réelle du monopole médical.

1.2.2 Avec la pratique avancée, l'émergence d'une relative autonomie d'intervention de professionnels paramédicaux sur le champ médical

[61] La notion de pratique avancée est définie comme suit par le Conseil International des Infirmières (CII) : *"Une infirmière praticienne est une infirmière diplômée certifiée qui a acquis la base de connaissance d'un expert, la capacité à prendre des décisions complexes et à démontrer des compétences adéquates pour la pratique avancée, pratique qui est déterminée par le contexte dans lequel elle s'exerce. Un Master est recommandé pour entrer dans la profession"*.

[62] Telle qu'elle s'est mise en place en France depuis 2016⁵⁰, la pratique avancée marque de fait une avancée notable sur le terrain du diagnostic et du traitement jusqu'ici réservé aux médecins puisque sa définition législative⁵¹ inclut "des actes d'évaluation et de conclusion clinique" ainsi que des prescriptions d'examens complémentaires et "des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales".

[63] Le décret de compétence des infirmiers en pratique avancée (IPA)⁵² détaille ces compétences : "conduire un entretien avec le patient qui lui est confié, effectuer une anamnèse de sa situation et procéder à son examen clinique" ainsi que "effectuer tout acte d'évaluation et de conclusion clinique ou tout acte de surveillance clinique et paraclinique, consistant à adapter le suivi du patient en fonction des résultats des actes techniques ou des examens complémentaires ou de l'environnement global du patient ou reposant sur l'évaluation de l'adhésion et des capacités d'adaptation du patient à son traitement ou sur l'évaluation des risques liés aux traitements médicamenteux et non médicamenteux".

[64] La pratique avancée s'entendait initialement comme permettant une pratique autonome dans le cadre de situations comportant des risques limités. Face aux très fortes réticences des représentants des médecins sur les questions d'accès direct et de primo-prescription, elle s'est dans un premier temps limitée à une délégation de patientèle sur un champ circonscrit, subordonné à autorisation médicale et compte-rendu intégral de l'activité au médecin traitant.

⁴⁹ Article R4011-1 du CSP

⁵⁰ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁵¹ Article L4301-1 du CSP

⁵² Article R4301-3 du CSP

1.2.3 D'autres dynamiques à l'œuvre qui dérogent de plus en plus largement au monopole médical

[65] Deux types d'évolutions actuelles contribuent en sus des protocoles de coopération et de la pratique avancée, à faire bouger les lignes.

[66] C'est d'abord la multiplication des autorisations temporaires accordées à des professionnels non-médicaux de se substituer à des professionnels médicaux en réponse à des situations exceptionnelles (ex. mesures d'urgence sanitaire). On peut citer, à titre d'exemple, la réalisation de la vaccination anti-COVID en masse par les infirmiers et les pharmaciens ou l'autorisation accordée temporairement aux infirmiers de poursuivre les soins qu'ils dispensaient aux patients atteints d'une pathologie chronique stabilisée, dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire lié à la crise COVID.

[67] Mais est également à l'œuvre, de façon plus profonde, sous l'effet de la technicité croissante de certains actes nécessaires au diagnostic et à la définition du traitement, l'attribution *ab initio* à certaines professions paramédicales de compétences de pré ou post-diagnostic ainsi que de compétences de précision ou d'adaptation du traitement assez extensives, qui réinterrogent la place de chaque acteur dans la prise en charge de certains problèmes de santé⁵³.

[68] On peut citer ici la prescription de séances de rééducation kinésithérapique ou orthophonique par le médecin, qui s'éloigne de plus en plus de la "prescription quantitative et qualitative" prévue dans l'article L4161-1 du CSP pour s'apparenter à l'orientation pratiquée à l'égard des médecins spécialistes dans le cadre du parcours coordonné⁵⁴. Des compétences de plus en plus extensives en matière de diagnostic et de traitement ont été reconnues aux masseurs-kinésithérapeutes depuis le début des années 2000 :

- Autorisation de réaliser un bilan kinésithérapique ayant pour objet d'établir un diagnostic kinésithérapique et de déterminer des objectifs thérapeutiques, ainsi que de déterminer le volume et la nature des actes à réaliser⁵⁵ ;
- Droits de prescription de dispositifs médicaux et de produits de santé (reconnus par l'article 48 de la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades, puis étendus par la loi de Modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification).

[69] On peut également rattacher à cette catégorie des cas où l'évaluation du patient ou l'élaboration de son traitement impliquent la mise en œuvre d'équipements techniques ou de tests de plus en plus sophistiqués et automatisés. L'évaluation et le traitement des déficiences auditives illustrent bien une situation où l'intervention du médecin traitant se limite au pré-diagnostic⁵⁶ et à un rôle de "gate-keeper", le diagnostic reposant sur le médecin spécialiste et l'évaluation approfondie du trouble et l'élaboration de son traitement reposant principalement sur le professionnel non-médical, qui dispose des compétences pour mettre en œuvre les équipements utiles. Comme le montre le rapport de l'IGAS sur la filière visuelle⁵⁷, l'amélioration de l'efficacité et de la simplicité de

⁵³ Ex: trouble du langage, déficit auditif...

⁵⁴ Article L4130-1 et L4130-2 du CSP ainsi que Art L162-12-2 du CSS

⁵⁵ Selon leur décret de compétence (Décret. n° 2000-577 du 27 juin 2000), les MK peuvent "adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an".

⁵⁶ Comporte le dépistage chez l'enfant et le repérage d'une surdité de perception ou de transmission chez l'adulte

⁵⁷ M2019-074 - La filière visuelle : modes d'exercice, pratiques professionnelles et formation. J-R.Jourdan, L-C.Viossat et F.Zantman

mise en œuvre de certains outils peut aboutir à confier à des professionnels non-médicaux la réalisation d'actes exigeant autrefois des compétences médicales⁵⁸.

[70] Les infirmiers ont également bénéficié depuis le début des années 2000 de nouveaux droits permettant la réalisation d'actes relevant auparavant du champ médical :

- Prescription, de certains dispositifs médicaux ;
- Renouvellement des prescriptions de certains médicaments contraceptifs oraux, datant de moins d'un an et pour une durée de 6 mois non renouvelable ;
- Prescription de substituts nicotiques ;
- Adaptation de la posologie de certains traitements sur la base des résultats d'analyses de biologie médicale;
- Autorisation de vacciner contre la grippe saisonnière les personnes majeures pour lesquelles la vaccination antigrippale est recommandée dans le calendrier des vaccinations en vigueur, à l'exception des personnes présentant des antécédents de réaction allergique sévère à l'ovalbumine ou à une vaccination antérieure.

[71] Ces évolutions restent très encadrées, les professionnels concernés agissant toujours sur prescription médicale initiale, dans le cadre d'un parcours ou de modalités d'exercice coordonnés, et souvent avec l'obligation de tenir le médecin traitant informé de toutes les actions ou avec la possibilité pour ce dernier de s'opposer, par "indication contraire", à l'exercice de ces droits.

[72] La réussite de ces avancées conduit cependant aujourd'hui les pouvoirs publics à envisager la mise en place de prises en charge paramédicales en accès direct. Elles font actuellement l'objet de plusieurs expérimentations art 51 LFSS⁵⁹ ainsi que de projets d'évolution des décrets de compétences de certaines professions.

1.2.4 L'essor de multiples formes d'organisation innovantes favorisant la collaboration entre professionnels

[73] Pour faire face aux enjeux du virage ambulatoire, de la démographie médicale et de la croissance des maladies chroniques, ainsi que pour lutter contre le sentiment d'isolement de certains professionnels de santé et le cloisonnement entre les professionnels de santé de ville et l'hôpital, de multiples formes d'organisation de coopérations et de coordination interprofessionnelles se sont développées ces dernières années :

- Centres de santé (CDS)⁶⁰ ;

⁵⁸ Alors que ceux-ci ne pouvaient faire usage d'appareils destinés à mesurer la réfraction oculaire sans risquer d'être poursuivis pour exercice illégal de la médecine, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007 a expressément donné ce droit aux opticiens-lunetiers.

⁵⁹ Art 51 LFSS proposant l'accès direct aux orthoptistes ou aux masseurs-kinésithérapeutes ou la prise en charge de pathologies courantes par les pharmaciens ou les infirmiers dans le cadre d'exercices coordonnés.

⁶⁰ Art L6323-1 du CSP, modifié par ordonnance le 12 janvier 2018

Les centres de santé sont des structures d'exercice collectif créées et gérées par des organismes à but non lucratif, des collectivités territoriales, des établissements publics de coopération intercommunale, des établissements publics de santé, des personnes morales gestionnaires d'établissements privés de santé, à but non lucratif ou à but lucratif, des sociétés coopératives d'intérêt collectif.

Les équipes médicales sont salariées du gestionnaire du centre de santé.

Ils peuvent mettre en œuvre des actions de santé publiques, de prévention et d'éducation

- Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)⁶¹ ;
- Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)⁶² ;
- Equipes de soins primaires (ESP) ou spécialisés (ESS)⁶³.

[74] Pour soutenir ces dispositifs, des modalités de reconnaissance juridique (sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoire⁶⁴) et de financement (accords conventionnels, subventions, expérimentations dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2018), ont été définies. Recueillant une importante adhésion parmi les jeunes professionnels, ces nouvelles formes d'exercice contribuent à l'objectif gouvernemental de réduire la part de l'exercice isolé.

[75] Certaines de ces formes d'exercice coordonné permettent un exercice regroupé géographiquement et toutes favorisent l'interconnaissance, le partage d'information autour du patient, et la complémentarité entre professionnels, facteurs clés d'une plus grande coopération entre professionnels.

[76] Comme le souligne l'association AVECSanté⁶⁵ : *"Dans les maisons de santé et les centres de santé pluriprofessionnels, le suivi des parcours de soins est assuré en équipe, facilité par une coordination multidisciplinaire et l'utilisation de protocoles. Le dossier médical partagé garantit la vision globale du parcours de soins. Les réunions de concertation pluri-professionnelles régulières permettent d'évoquer la situation des patients dans leurs parcours de soins, leur état de santé, les traitements en cours. Ainsi, en équipe coordonnée, on peut sécuriser les parcours"*.

⁶¹ Une MSP regroupe des spécialistes en médecine générale et d'autres professionnels de santé (il faut au minimum 2 médecins généralistes et un professionnel paramédical conventionné) autour d'un projet commun de santé (actions de santé publique, actions de prévention et éducation pour la santé, actions sociales) établi à partir d'un diagnostic de territoire.

Ce regroupement de professionnels permet notamment :

- Des plages horaires plus larges améliorant la continuité des soins
- Un plateau technique plus performant
- Un secrétariat présent et formé à l'accueil
- Un travail en réseau de proximité

Les professionnels de santé d'une MSP exercent à titre libéral ; ils peuvent être regroupés physiquement ou non sur un même lieu.

⁶² Une CPTS est constituée de l'ensemble des acteurs de santé (professionnels de santé de ville, qu'ils exercent à titre libéral ou salarié ; des établissements de santé, des acteurs de la prévention ou promotion de la santé, des établissements et services médico-sociaux, sociaux...) qui souhaitent se coordonner sur un territoire, pour répondre à un ou plusieurs besoins en santé de la population qu'ils ont identifiés. Elle fait l'objet d'une contractualisation entre les professionnels et l'ARS autour d'un projet de santé.

⁶³ Art L. 1411-11-1 du CSP

Une équipe de soins primaires ou spécialisée est constituée de professionnels de santé de premier recours et second recours de ville, dont au moins un médecin généraliste et un professionnel de santé paramédical, regroupés ou non sur un même site, et qui souhaitent se mobiliser autour d'une action ou d'une thématique commune bénéficiant à leurs patients (réponse aux demandes de soins non programmés, mise en œuvre d'actions de santé publique, etc.)

⁶⁴ Art. L4041-1 à L4043-2 du CSP

Les SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires) La constitution d'une SISA permet la rémunération des activités exercées en commun.

Elle doit comporter au moins deux médecins et un professionnel paramédical.

⁶⁵ Communiqué commun AVECSanté – FNCS – USMCS du 12 novembre 2021 <https://www.avecsante.fr/acces-direct-les-maisons-de-sante-et-les-centres-de-sante-pluriprofessionnels-prets-pour-le-partage-des-competences/>

2 Les protocoles de coopération : un dispositif désormais simplifié, un essor à confirmer

[77] Les protocoles de coopération sont définis au titre 1^{er} du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique consacrée aux professions de santé. L'article L4011-1 en expose le principe : *"Par dérogation aux articles [définissant les conditions d'exercice légal et illégal des différentes professions de santé], les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient."*

Rappel des textes législatifs concernant les protocoles de coopération :

Article 51 de la loi Hôpital HPST n°2009 879 du 21 juillet 2009 : création des protocoles de coopération.

Article 35 LFSS 2014 : possibilité d'un financement dérogatoire, instauration d'un collège des financeurs, chargé de rendre un avis sur le modèle économique des protocoles et l'opportunité de leur financement dérogatoire sur le risque.

Art 55 LFSS 2018 : procédure d'autorisation accélérée pour les protocoles relevant de priorités ministérielles, réduction des délais d'avis à 6 mois pour la HAS et le collège des financeurs. Création d'un groupe référent chargé de sélectionner les protocoles prioritaires et d'appuyer la construction du modèle économique.

Article 66 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) : création des "protocoles nationaux" (article L. 4011-3 du code de la santé publique) à déployer sur l'ensemble du territoire, suivant une liste de priorités proposée par un comité national des coopérations interprofessionnelles (CNCI), et auxquels peuvent adhérer librement dès leur publication toutes les équipes de professionnels de santé volontaires.

Article 97 de la loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique (ASAP) : création des protocoles locaux en établissement de santé.

Article 3 de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification dite "loi Rist" : extension des protocoles locaux aux équipes coordonnées et aux établissements médico-sociaux.

[78] Le dispositif créé par l'article 51 de la loi HPST a poursuivi dès l'origine plusieurs objectifs :

- Autoriser des expérimentations dérogatoires : permettre à des équipes identifiées travaillant ensemble d'expérimenter de nouvelles organisations dérogeant aux périmètres réglementaires de compétences des professions de santé ;
- Sécuriser juridiquement les pratiques existantes : régulariser des "glissements de tâche", couramment pratiqués sur le terrain mais qui n'en représentaient pas moins des risques en termes de responsabilité des professionnels et des structures ;
- Préfigurer l'évolution du partage des compétences : faire évoluer les pratiques à travers la généralisation des protocoles les plus pertinents pour répondre aux enjeux en matière de démographie médicale, d'accès aux soins et de prise en charge des maladies chroniques.

2.1 Un dispositif rénové très attendu mais qui tarde à se déployer

[79] Très limitantes lors de la mise en place du dispositif en 2009, les modalités de création et de validation de nouveaux protocoles de coopération se sont fortement allégées au cours des dernières années, conformément aux recommandations faites par l'IGAS lors d'une première évaluation du dispositif en 2019⁶⁶.

2.1.1 Les premiers protocoles : une procédure décourageante qui n'a pas permis l'essor attendu

[80] La première mission IGAS notait à l'époque que les délais d'instruction des demandes (de 3 à 58 mois entre 2009 et 2019, en fonction de la priorité en santé et de la disponibilité de la HAS) étaient considérés comme un frein majeur, avec un impact démobilisateur sur les équipes promotrices, et pouvait aboutir à empêcher la mise en œuvre d'un protocole suite au *turnover* des membres de l'équipe.

[81] L'adhésion des équipes hospitalières au-delà de l'équipe promotrice restait limitée : ainsi à l'assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), on dénombrait entre 2009 et 2019, 40 équipes, soit 158 délégués et 115 délégués, sur 16 protocoles autorisés, pour 12 228 médecins et 19 418 infirmiers employés.

[82] La rigidité des protocoles constituait un deuxième obstacle. L'adhésion nominative au protocole était déjà jugée contraignante dans un contexte marqué par la mobilité des professionnels de santé.

[83] Cependant, en dépit de ces obstacles, les protocoles de coopération autorisés démontraient déjà leur intérêt pour améliorer l'accès aux soins, dégager du temps médical et favoriser la montée en compétences des professionnels délégués⁶⁷.

2.1.2 Une simplification de la démarche qui devrait libérer les initiatives

[84] Le cadre juridique de ces protocoles a été rénové par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019.

[85] Afin de rendre ces démarches plus opérationnelles, cette loi a engagé la refonte du cadre juridique, en distinguant deux types de procédures :

- **des "protocoles nationaux"** (article L. 4011-3 du code de la santé publique) à déployer sur l'ensemble du territoire et auxquels peuvent adhérer les professionnels de santé volontaires, suivant une liste de priorités proposée par un comité national des coopérations interprofessionnelles (CNCI⁶⁸) réunissant des représentants de l'assurance maladie, de la HAS,

⁶⁶ Mission 2019-011N Note établie par Christine d'Autume et Diane Delaurens Mars 2019

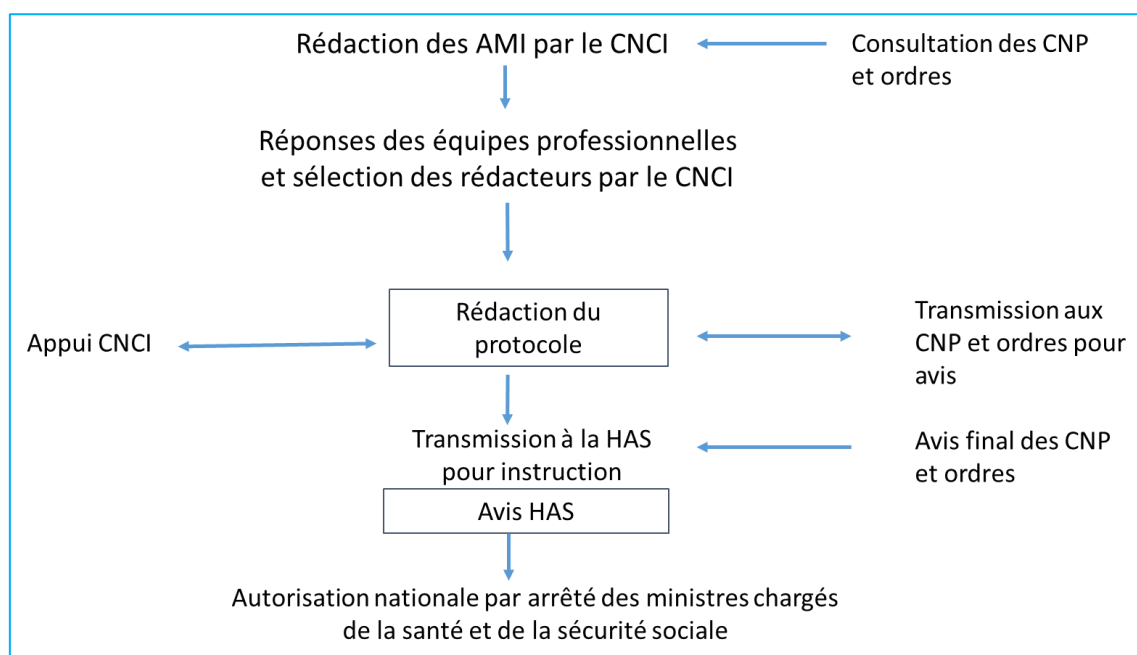
⁶⁷ Ibidem

⁶⁸ Le CNCI :

- Propose la liste des protocoles nationaux à élaborer et à déployer sur l'ensemble du territoire
- Appuie les professionnels de santé dans l'élaboration de ces protocoles et de leur modèle économique et émet un avis sur - leur financement par l'assurance maladie
- Assure le suivi annuel et l'évaluation des protocoles autorisés.
- Peut proposer l'intégration des actes dérogatoires dans les compétences réglementaires des professionnels

des ministères concernés et des ARS. Ces priorités donnent lieu à des appels à manifestation d'intérêt annuels auxquels peuvent répondre les équipes de professionnels intéressées.

Schéma 1 : Processus d'élaboration et de validation des protocoles nationaux



Source : DGOS

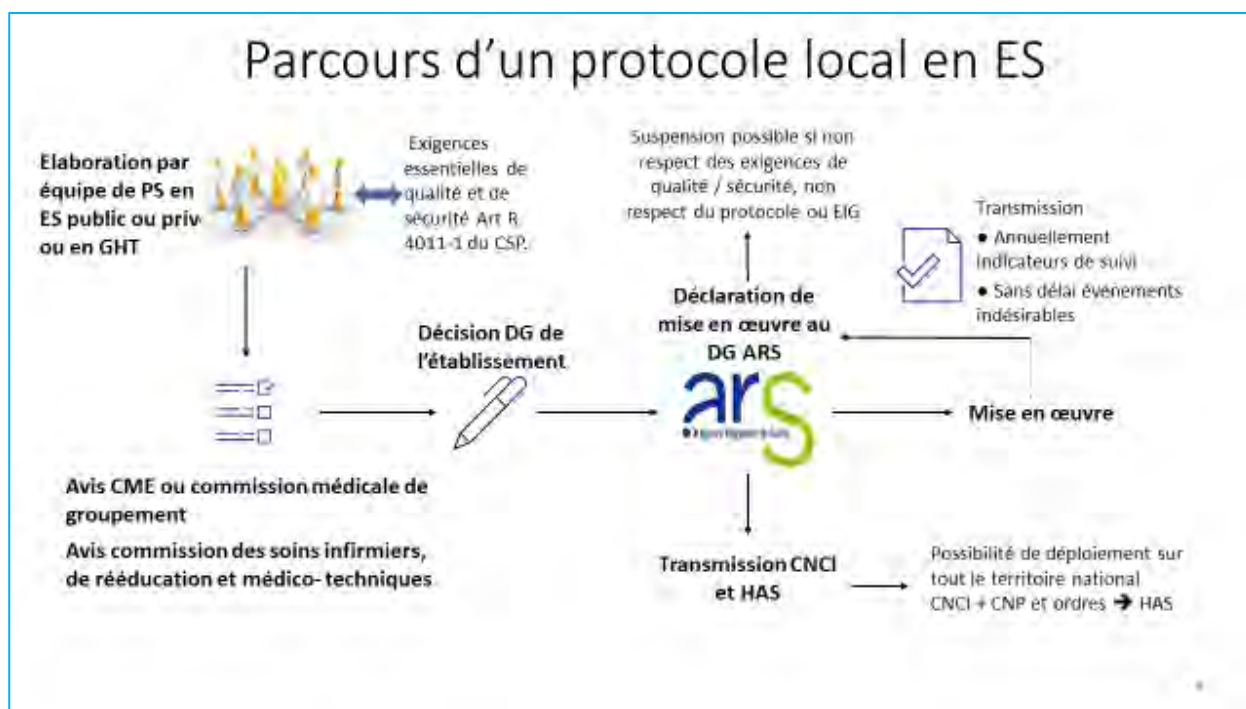
- **Des "protocoles locaux "** (article L. 4011-4 du code de la santé publique), laissés à l'initiative des professionnels de santé et intégrés au cadre général d'expérimentations à dimension régionale instaurées par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 en ce qui concerne leurs conditions d'instruction, d'autorisation et d'évaluation. D'abord réservés par la loi ASAP aux établissements de santé (ES) et aux groupements hospitaliers de territoire (GHT), la loi Rist en a étendu le bénéfice au secteur médico-social et aux structures coordonnées⁶⁹.

En établissement de santé (ES), la procédure se limite à une décision du directeur de l'établissement - après avis conforme des instances compétentes- et après une déclaration auprès de l'ARS (cf. schéma ci-dessous).

⁶⁹ L'article 3 de la loi dite RIST d'avril 2021 ouvre la procédure introduite par la loi ASAP à l'article L. 4011-4 du code de la santé publique pour les équipes de professionnels de santé hospitalières aux acteurs suivants :

- les professionnels de santé exerçant au sein des équipes de soins primaires, des équipes de soins spécialisés et des communautés professionnelles territoriales de santé, à condition que celles-ci soient signataires d'un accord conventionnel interprofessionnel avec l'assurance maladie. Le protocole est alors intégré à leur projet de santé ;
- les professionnels de santé exerçant dans un même établissement médico-social public ou privé, sur décision du directeur et, pour les EHPAD, après avis conforme de la commission de coordination gériatrique ;
- les professionnels de santé exerçant à la fois en ambulatoire dans le cadre d'une équipe de soins ou CPTS, dans un ou plusieurs établissements de santé ou médico-sociaux, sur décision des "entités décisionnaires" concernant chacune de ces catégories de professionnels.

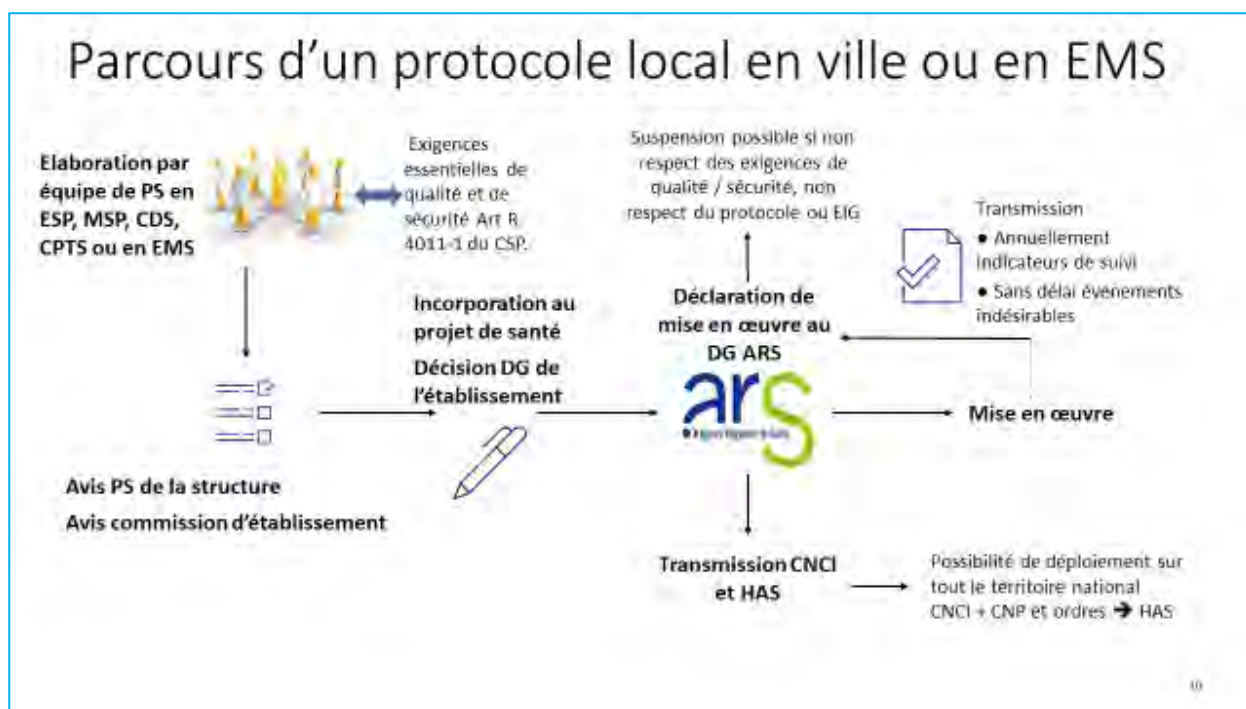
Schéma 2 : Processus d'élaboration et de validation des protocoles locaux en ES



Source : DGOS

[86] La procédure en ville et en établissements médico-sociaux (EMS) est très proche :

Schéma 3 : Processus d'élaboration et de validation des protocoles locaux en ville ou en EMS



Source : DGOS

[87] L'administration s'est efforcée d'alléger et d'accompagner autant que possible les équipes promotrices dans le processus de déclaration en mettant en place :

- Un modèle de rédaction similaire à celui des protocoles nationaux ;
- La possibilité de puiser pour la rédaction dans le thesaurus des dérogations déjà validées par la HAS au sein des protocoles nationaux "socles" ;
- Une déclaration via une application en ligne dédiée du site internet du ministère des solidarités et de la santé (MSS), qui provoque une alerte systématique aux ARS et donne automatiquement accès à l'information au CNCI et à la HAS. La date effective de mise en œuvre est celle de cette déclaration sur le site ;
- Un contrôle a posteriori assuré par l'ARS et non plus a priori sur avis de la HAS de la conformité du projet aux normes de qualité et sécurité attendues.
- Dans le même esprit, seul le renseignement d'un petit nombre d'indicateurs est demandé :
- Utilité : nombre de patients pris en charge ;
- Efficience : taux de reprise par les délégants ;
- Sécurité : nature et nombre des événements indésirables ;
- Satisfaction : taux de satisfaction des professionnels de santé adhérents au protocole.

[88] Ces indicateurs font en principe l'objet d'un suivi annuel.

[89] Les protocoles ainsi conclus ne sont valables qu'au sein de l'équipe ou de l'établissement qui en est à l'initiative. Leur déploiement sur l'ensemble du territoire, en tant que protocole national, peut cependant être proposé par l'équipe instigatrice, après un examen par le comité national des coopérations interprofessionnelles et un avis conforme de la HAS.

[90] Les acteurs rencontrés par la mission ont unanimement salué la simplicité et le caractère "sur-mesure" de ces nouvelles modalités. Il n'est pas impossible que les protocoles locaux deviennent à terme la forme principale des protocoles de coopération, au risque que se produise une certaine désaffection pour les protocoles nationaux et que les prochains appels à manifestation d'intérêt (AMI) nationaux suscitent de moins en moins d'intérêt de la part des équipes potentiellement promotrices. Le déploiement des protocoles locaux et nationaux devra donc être suivi attentivement.

[91] En cas de multiplication des protocoles locaux sur des thèmes similaires, le rôle du CNCI pour animer des travaux de comparaison, rapprochement, fusionnement et nationalisation des protocoles portant sur des objets similaires sera alors crucial pour conserver une capacité de pilotage et de contrôle qualité sur ces dérogations.

Recommandation n°2 Renforcer les compétences et les moyens du CNCI en matière de veille, d'analyse, d'animation, et d'amélioration des pratiques entre les équipes promotrices de protocoles locaux.

2.1.3 Des retards de mise en œuvre qui empêchent une véritable évaluation

[92] Suite à la loi OTSS, 44 protocoles de coopération déjà existants et 16 nouveaux projets ont été sélectionnés pour devenir des protocoles nationaux auxquels peuvent adhérer toutes les équipes qui le souhaitent. Ils doivent cependant faire l'objet d'un arrêté pour entrer en vigueur et en raison d'un vide juridique corrigé par la loi ASAP, des retards importants ont été pris dans la parution de ces

textes : seuls 2 arrêtés sont sortis dès décembre 2019, 10 en 2020 et 22 en 2021. 26 arrêtés sont encore à paraître et ne peuvent donc être mis en œuvre par de nouvelles équipes.

[93] D'autres textes d'application peuvent retarder encore la mise en œuvre. Ainsi, sur les six protocoles très attendus pour la délégation de soins non programmés en maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) et centres de santé, pourtant autorisés en mars 2020, trois seulement commencent à être effectivement déployés sur le terrain, en raison de la publication tardive de l'instruction conjointe avec la CNAM sur leurs modalités de tarification (janvier 2021), sans doute imputable à la mobilisation des services d'administration centrale sur la crise sanitaire et le Ségur de la santé.

[94] Des freins techniques ont également pu intervenir : en raison d'un changement de plateforme de déclaration, l'adhésion à des protocoles déjà autorisés au niveau régional par des équipes du même territoire était techniquement impossible entre le 1^{er} janvier 2020 et début 2021⁷⁰.

[95] Quant aux sept AMI publiés depuis 2020, un est resté sans réponse, deux sont suspendus, trois étaient encore en cours de rédaction en septembre 2021 et un seul, publié en décembre 2020, a déjà franchi toutes les étapes et reçu un avis HAS favorable en juillet 2021 pour une entrée en vigueur prévue en septembre 2021.

[96] Enfin, pour ce qui concerne les protocoles locaux, le décret d'application concernant les établissements n'est paru qu'en juin 2021⁷¹ et celui relatif aux protocoles en ville et dans le secteur médico-social, le 19 novembre 2021⁷².

[97] Les effets de ces dernières mesures législatives ne sont donc pas encore mesurables et les éléments d'évaluation recueillis par la mission ne concernent en réalité que l'ancien système.

2.2 Etat des lieux des protocoles de coopérations aujourd'hui : une dynamique peu perceptible malgré les attentes exprimées

2.2.1 Une portée encore limitée sur le terrain

2.2.1.1 Un nombre restreint de professionnels engagés

[98] Entre 2010 et 2018, la majeure partie des protocoles concernaient des délégations entre médecins et infirmiers. Les professions délégantes sont jusqu'à présent toujours des médecins; les professions délégataires restent très majoritairement les infirmiers (71 %), les orthoptistes (14 %) et les manipulateurs en électroradiologie médicale (9 %).

[99] Il est néanmoins particulièrement difficile d'évaluer le nombre de professionnels engagés dans les protocoles de coopération, tant les chiffres sont hétérogènes en fonction des sources.

⁷⁰ Retour ARS NA

⁷¹ Décret N°2021-804 du 24 juin 2021 relatif aux modalités de déclaration et de suivi des protocoles locaux de coopération des établissements de santé, des groupements hospitaliers de territoire et du service de santé des armées

⁷² Décret n° 2021-1512 du 19 novembre 2021 relatif aux modalités de déclaration et de suivi des protocoles locaux de coopération au sein des dispositifs d'exercice coordonné et des établissements et services médico-sociaux

[100] Avant 2020, hors ASALEE⁷³, sur les 8 régions dont les données étaient disponibles, la DGOS recensait 595 adhésions d'équipes à 44 protocoles de coopération, incluant 3088 professionnels de santé, 1617 médecins et 1471 professionnels non médecins. Selon les derniers chiffres recensés par la DGOS, ces protocoles concernaient en juin 2021, 891 équipes, 1814 délégants et 1727 délégataires.

[101] Les 9 ARS ayant répondu au questionnaire adressé par l'IGAS (cf. annexe 2) recensent pour leur part, toujours hors ASALEE, 613 équipes, 1647 délégants et 1466 délégataires.

[102] Concernant le protocole ASALEE :

- La DGOS recense 414 délégants et 518 délégataires ;
- Les ARS répondantes : 1905 délégants et 534 délégataires ;
- Alors que l'association elle-même déclare 1500 infirmières délégataires et près de 6000 médecins généralistes, répartis dans 2000 structures.

[103] Il est donc particulièrement difficile d'évaluer précisément le nombre de professionnels mobilisés sur des protocoles de coopération. Les chiffres sont très hétérogènes en fonction des sources.

[104] Dans les régions qui ont répondu à la mission, la proportion d'infirmiers engagés est de 0,23 % et celle des médecins de 2,31 %, ce qui, rapporté à la population nationale de médecins et d'infirmiers, représenterait 4 060 médecins et 2 204 infirmiers engagés dans des protocoles "infirmiers" sur le territoire France entière.

[105] Concernant les protocoles non-infirmiers, sur le territoire France entière, on peut estimer le nombre de médecins délégants à 1295 et le nombre de professionnels délégataires à 1225.

[106] Ce sont donc au final de l'ordre de 8700 professionnels qui seraient engagés dans des protocoles de coopération à l'échelle du territoire national.

2.2.1.2 Des thématiques peu diversifiées et des dérogations en pratique assez circonscrites

[107] Près de trois protocoles autorisés sur quatre (43 sur 60) relèvent du secteur hospitalier⁷⁴. Cependant, essentiellement en raison du poids numérique du protocole ASALEE, le nombre de professionnels concernés se répartit équitablement entre ville et hôpital.

⁷³ Action de SAnté Libérale En Equipe. Premier protocole de coopération, entre médecins généralistes et infirmiers, déployé à titre expérimental dès 2004, dédié à l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville. Il concerne 2 dépistages et 2 suivis de pathologies chroniques. Ce protocole est porté par une association Loi 1901 qui salarie des infirmiers formés et rémunérés directement par l'association et mis à la disposition de médecins ou de structures pluri-professionnelles partenaires. Il est comptabilisé à part dans les chiffres car le nombre de délégataires est contingenté en ETP par le financement spécifique de ce protocole ce qui suscite une incertitude particulière sur le nombre de professionnels engagés.

⁷⁴ Parmi ces protocoles, 38 sont uniquement accessibles en établissements de santé, 15 en soins de ville et 7 dans les deux secteurs.



Source : Comité de pilotage ASALEE janvier 2021

[108] La répartition de ces protocoles et des délégations afférentes⁷⁵ par sujet est la suivante :

Tableau 1 : Répartition des protocoles et des délégations afférentes par sujet

	Protocoles	Délégations
Maladies chroniques, oncologie, gériatrie	18	Infirmiers : 17 Masseurs kinésithérapeutes 1
Actes techniques	13	Infirmiers : 12 Aides-soignants : 1 MERM : 1
Filière visuelle	7	Orthoptistes : 6 Infirmiers : 2
Soins non programmés en MSP et CDS	6	Infirmiers : 4 Pharmaciens d'officine : 4 Masseurs-kinésithérapeutes : 2
Imagerie	5	MERM : 4 Infirmiers : 1
Services d'accueil des urgences	4	Infirmiers : 4
Vaccinations et maladies infectieuses	3	Infirmiers : 3
Prélèvements de tissus sur personnes décédées	2	Infirmiers : 2
Elargissement des missions des diététiciens	2	Diététiciens : 2

Source : DGOS

⁷⁵ Possibilité de délégation à plusieurs professions pour certains protocoles

[109] En termes d'activités déléguées, seulement 1/3 des protocoles prévoient une intervention élargie enchaînant démarche diagnostique et intervention thérapeutique. Les autres ne prennent en charge qu'une partie du processus médical (pré-diagnostic, lecture de résultat, réalisation de soins).

Tableau 2 : Types d'actes inclus dans les protocoles

Types d'actes inclus dans les protocoles	nombre de protocoles comprenant ce type d'actes
Entretien/évaluation/contrôle clinique/orientation sans intervention thérapeutique	9
Entretien/évaluation/contrôle clinique/orientation suivi d'une intervention thérapeutique	12
Prescription d'examen	2
Réalisation d'un prélèvement ⁷⁶	1
Réalisation d'un examen (dont imagerie)/passation de test sans lecture	6
Lecture d'examen/test	1
Réalisation et lecture d'examen suivie d'une intervention thérapeutique	8
Adaptation thérapeutique	13
Prescription de vaccin	2
Prescription	4
Réalisation de soins	11
Soin technique	6
Chirurgie	6

Source : Analyse des protocoles par la mission

[110] L'essentiel des protocoles (54 sur 60) interviennent sur des situations pathologiques, 1/6 dans des situations d'urgence mais 8 protocoles concernent des situations non-pathologiques⁷⁷.

Tableau 3 : Types de situation faisant l'objet de protocoles

Type de situation	nombre de protocoles
Don d'organes	2
Suivi pathologique	38
Suivi pré ou post-opératoire	4
Suivi préventif/demande non-pathologique	6
Urgences/soins non-programmés	10

Source : Analyse des protocoles par la mission

[111] 22 concernent du suivi au long cours, les autres des interventions ponctuelles. 5 ciblent spécifiquement les enfants, 1 les personnes âgées et 2 les femmes.

⁷⁶ Frottis de dépistage

⁷⁷ Ces protocoles concernent des actes qui ne sont juridiquement pas dérogoires au monopole médical stricto sensu (il s'agit principalement d'actes de prévention et de suivi physiologique, qui parfois même entrent théoriquement dans le rôle propre de ces professions non-médicales) A l'heure actuelle, seuls les médecins les pratiquent cependant soit en raison de l'impossibilité pour d'autres professionnels de les facturer ou d'intervenir en accès direct sans prescription initiale, soit parce qu'ils comportent la prescription de produits pharmaceutique à prescription médicale obligatoire (ex: certains vaccins).

[112] Depuis la mise en place du CNCI, 7 appels à manifestations d'intérêt (AMI) ont été publiés :

Santé sexuelle :

- Consultation infirmière en santé sexuelle, en lieu et place du médecin en CEGIDD et centres de santé sexuelle ;
- Consultation en santé sexuelle par la sage-femme, en lieu et place du médecin en CEGIDD et centres de santé sexuelle ;
- Bilan de santé en école maternelle : réalisation du bilan de santé des enfants âgés de 3 à 4 ans en école maternelle par l'infirmier puériculteur de PMI dans le cadre de l'équipe pluri professionnelle de PMI ;
- Aides techniques : Prescription d'aides techniques aux personnes âgées ou en situation de handicap par délégation des médecins (suite au rapport Denormandie-Chevalier) ;
- Personnes âgées et handicapées : Coopération entre médecins et infirmiers pour la prise en charge à domicile des patients âgés ou handicapés en difficulté pour se déplacer aux cabinets des médecins ;
- SAU : Transferts d'actes et d'activités entre médecins et infirmiers exerçant au sein des services d'accueil des urgences pour certains motifs de recours fréquents et peu graves ;
- Aides-soignants en EMS : Pose et surveillance d'une oxygénothérapie, administration en aérosols et pulvérisations de produits non médicamenteux et éventuellement médicamenteux par un aide-soignant en lieu et place d'un infirmier (sans suite faute de réponse pertinente à l'AMI).

Source : CNCI mai 2021

[113] Ces AMI donnent la priorité aux actions de prévention, à la prise en charge à domicile des personnes dépendantes et à la décharge des files actives aux urgences.

[114] Si on comprend l'objectif commun de ces deux démarches, la parution presque simultanée du protocole SAU et du décret de création de la mention IPA urgences peut susciter une certaine confusion.

[115] Le prochain groupe d'AMI prévu à l'automne 2021 se centrera sur la rénovation de protocoles déjà existants⁷⁸ plutôt que sur de nouvelles priorités.

2.2.2 Le point de vue et les témoignages des acteurs de terrain sur le dispositif rénové

2.2.2.1 Les ARS

[116] La mission constate que les ARS ayant répondu à son questionnaire se sont bien mobilisées pour le déploiement des protocoles de coopération, ce qui pourrait donner lieu à une forme de capitalisation ou de mise en commun au plan national. Un partage d'expérience inter régional et national pourrait également être opportun, grâce notamment à des occasions de dialogue avec des équipes à l'origine de protocoles de coopération repris au niveau national. Les URPS et les ordres sont à associer dans cette démarche de communication et également dans les démarches d'accompagnement méthodologique. Celles-ci pourraient prendre les formes suivantes : soutien

⁷⁸ un AMI sur la coopération médecins-pharmaciens d'officine (prise en charge des angines et des cystites simples), un AMI visant à l'unification et l'actualisation des protocoles médecins-infirmiers en ES sur le prélèvement de tissus sur personnes décédés (en lien avec l'ABM), un protocole outillant la coopération à distance entre ophtalmo et orthoptistes notamment en cabinets secondaires dans le cadre de l'amélioration de la filière visuelle (élargissement et actualisation du protocole "Muraine" en termes de dépistage et de suivi). Un projet sur la prise en charge initiale des douleurs de l'épaule non traumatique par les MK sur délégation des médecins est également à l'étude.

individualisé par des équipes dédiées au sein des ARS et/ou par les URPS ; mise en place de boîtes à outils (choix du protocole, formation...) ; observatoire de bonnes pratiques (échanges d'expériences, experts...).

[117] Parmi les freins relevés, les ARS citent principalement le financement du surcoût de rémunération au sein des établissements, dû à l'impossibilité de coter les actes délégués.

[118] Les évolutions récentes du dispositif des protocoles sont appréciées. Certaines ARS prévoient de déployer des accélérateurs à la formalisation de projets (comme pour les expérimentations art 51) pour accompagner le déploiement des protocoles locaux dans les établissements de santé, le secteur médico-social et la ville.

[119] Les leviers d'amélioration sont bien identifiés :

- L'animation au niveau national, régional et local d'échanges et partages d'expériences avec les équipes promotrices (participation aux journées professionnelles, colloques, animation d'un réseau de référents au sein des établissements de santé) ;
- La mobilisation des partenaires institutionnels (ARS, URPS, CPAM.), professionnels (ordres, experts...) et territoriaux (CPTS⁷⁹, GHT) ;
- La mise à disposition d'informations sur le site internet de l'ARS (mise à jour régulière et opérationnelle du portail d'accompagnement des professionnels de santé - PAPS).

[120] Les secteurs les plus propices au développement des protocoles de coopération semblent être, pour les ARS, l'imagerie, les urgences et les consultations spécialisées.

[121] La mission souligne la proposition de l'ARS Grand Est concernant la création d'une base de données et d'un espace dématérialisé à destination des professionnels de santé permettant de recenser les protocoles locaux autorisés par type d'exercice, pathologie et/ou enjeux de santé publique, spécialité, qualité des intervenants, etc. ... qui pourraient être de nature à faciliter et accélérer le déploiement des protocoles de coopération.

[122] L'ancienne plateforme COOP-PS proposait un recensement des protocoles avec une fonctionnalité de recherches sur des critères d'analyse très limités. Cette plateforme n'est plus active et il n'existe actuellement à la connaissance de la mission aucune plateforme facilement accessible permettant une capitalisation, une exploitation des données à la hauteur du besoin. La mission préconise de remettre en place une plateforme sous l'égide du CNCI en lien avec les ARS et un échantillon d'équipes promotrices.

Recommandation n°3 Mettre en place une plateforme afin d'améliorer l'accès de tous et une exploitation facilitée des données contenues dans les protocoles.

2.2.2.2 Les professionnels eux-mêmes

[123] Les auditions réalisées montrent que les protocoles et leurs modalités de fonctionnement sont très méconnus des professionnels. Beaucoup de professionnels les réduisent à leur dimension organisationnelle et financière en référence aux expérimentations art 51 LFSS, au risque de perdre de vue le caractère dérogatoire aux décrets de compétences qui en est le fondement juridique. Des récentes mesures d'urgence sanitaire proposant elles aussi des actes dérogatoires (notamment concernant les pharmaciens sur les tests et la vaccination anti-COVID), mais de façon généralisée,

⁷⁹ Communauté professionnelles territoriales de santé

non rattachés à un projet d'équipe préalable, ont ajouté de la confusion et créé de la défiance chez certains professionnels qui jusqu'alors étaient plutôt favorables à ces dispositifs.

[124] Certains acteurs rencontrés manifestent une forte attente à l'égard des protocoles locaux. C'est le cas notamment de l'APHP, dont le projet d'établissement 2021-2025 met l'accent sur les possibilités d'évolutions de carrières pour les paramédicaux (PC mais aussi pratiques avancées, fonction de tutorat, d'enseignement et de recherche, métiers de coordination) et cible 1 000 professionnels engagés en coopération d'ici 5 ans (cf. annexe 11). Dans cette dynamique interprofessionnelle à amplifier, il s'agit notamment de dynamiser l'évolution des métiers en développant les protocoles de coopération entre professionnels de santé. Un travail important a été réalisé pour mettre en place des processus facilitants, expliciter les missions de chacun et travailler la complémentarité entre les différents dispositifs (notamment protocoles de coopération et pratique avancée).

2.3 Une atteinte des objectifs visés peu mesurable mais des retours d'expérience très positifs

[125] Les protocoles de coopération visaient principalement les objectifs suivants : gagner du temps médical ; améliorer la qualité des soins ; améliorer la sécurité juridique de l'exercice des professionnels ; expérimenter de nouvelles formes de répartition des tâches pour en tester la faisabilité et la capacité à maintenir un haut niveau de sécurité des soins (perspective de pérennisation dans les décrets socles).

[126] Ne pouvant réaliser une évaluation complète dans les délais impartis, la mission a choisi d'interroger les ARS sur l'atteinte de certains objectifs qu'elles sont en mesure d'apprécier (un gain en temps médical, recentrage de l'activité médicale sur des actes plus complexes, raccourcissement des délais d'accès aux soins, diminution du renoncement aux soins en zone sous-dense, amélioration de la prévention et du dépistage, amélioration de la qualité des soins, amélioration de la coordination des soins). La mission tient à souligner l'implication de plusieurs ARS (notamment Grand-Est, Bretagne, Normandie et PACA), qui ont réalisé dans l'été des investigations complémentaires ou fourni à la mission une riche documentation ou analyse en complément du questionnaire.

[127] Il en ressort une appréciation globalement positive (cf. annexe 2). Les ARS fournissent quelques indicateurs très intéressants sur plusieurs items.

[128] Par exemple :

- En termes de temps médical, les gains de temps sont surtout mesurables sur des activités techniques (les ophtalmologistes et orthoptistes doublent le nombre d'exams sur une même vacation. Le protocole radiologue/MERM, permet de réaliser 4 ponctions de thyroïde supplémentaires deux fois par semaine et de dédier du temps supplémentaire au suivi de cancers ainsi que de raccourcir les délais de rendez-vous) mais concerne aussi la médecine générale (pour le protocole ASALEE, on note une augmentation de la file active du binôme IDE/MG d'environ 10 %). Les ARS notent un recentrage des activités médicales sur des patients complexes ou instables et sur la prise en charge d'urgences.
- En termes de qualité des soins, sont soulignés : la diminution des délais de rendez-vous et l'augmentation du suivi ainsi et qu'une plus grande disponibilité des médecins pour la

coordination. Le suivi ASALEE montre également une meilleure observance des examens complémentaires (résultat largement corroboré par l'évaluation réalisée par l'IRDES⁸⁰).

- Certaines structures coordonnées rencontrées par la mission ont souligné les avantages du positionnement des infirmières ASALEE en amont de la consultation médicale et/ou sur des activités de prévention en termes d'intégration dans le système de soins de publics qui en sont actuellement éloignés (politique de l'aller vers).

2.4 Des modalités de contrôle, de suivi et d'évaluation perfectibles

2.4.1 Une vérification ex-post plus souple, mais plus risquée, des exigences de qualité et de sécurité

[129] Les exigences de l'article R4011-1 du CSP relatives à la sécurité et la qualité des soins dans le cadre des protocoles de coopérations continuent de s'imposer. Pour les protocoles locaux, les ARS sont en charge d'en assurer le contrôle.

[130] Passer d'une logique de contrôle *a priori* à une vérification *ex post* n'est pas sans soulever des difficultés, ou du moins des craintes, ce qui requiert une vigilance sur d'éventuels transferts de tâches ou d'activités non conformes. Les ARS ne disposent pas des moyens – administratifs ou juridiques – pour vérifier les informations déclarées par les équipes.

[131] Le laps de temps entre le dépôt de la déclaration du protocole auprès de l'ARS, qui emporte son entrée en vigueur, et le contrôle a posteriori de sa conformité aux normes de qualité et de sécurité par les ARS, entraîne de fait des prises en charge effectuées sans assurance que ces normes soient respectées.

[132] En cas de suspension d'un protocole de coopération, les délais de traitement du CNCI demeurent inconnus à ce jour quant aux risques que les ARS auront pu identifier. La mission préconise qu'une information claire de la DGOS sur ces délais soit donnée aux ARS.

2.4.2 Des remontées d'information insuffisantes pour permettre le suivi et l'évaluation

[133] Comme on l'a vu, à ce jour, le suivi quantitatif comme qualitatif des protocoles au niveau national reste très lacunaire.

[134] Des indicateurs sont censés être renseignés par les professionnels de terrain, communiqués à l'ARS et transmis à la HAS et au ministère, a minima lors de l'évaluation prévue six mois avant la fin du protocole. Selon les différentes ARS, toutes les équipes ne transmettent pas l'ensemble des données d'évaluation prévues dans les protocoles. Cette évaluation est pourtant essentielle pour apprécier les résultats attendus au regard des objectifs qualitatifs et évaluer les risques. Le manque de données nécessaires au suivi et à l'évaluation est un point relevé tant par les ARS interrogées que par la DGOS.

[135] Certaines ARS ayant répondu au questionnaire de la mission ont jugé intéressantes les questions posées sur l'atteinte des objectifs et proposé que celles-ci deviennent des éléments d'évaluation questionnés systématiquement (en définissant des indicateurs : gain de temps médical ; recentrage de l'activité médicale ; raccourcissement des délais d'accès aux soins ; amélioration

⁸⁰ Cf. annexe 5 consacrée au protocole ASALEE.

prévention et dépistage ; amélioration qualité des soins ; amélioration coordination des soins). Les ARS proposent d'ajouter également des indicateurs en termes de sécurité des soins, de pertinence, de niveau de satisfaction des professionnels de santé et des patients. Un modèle type de recueil d'information (type rapport d'activité simplifié) et une plateforme en ligne sont souhaités.

[136] En termes de suivi, les changements d'équipes de professionnels ne sont pas toujours signalés même si ceux-ci emportent la fin de la coopération, ce qui peut aboutir à un recensement erroné du nombre de protocoles réellement en vigueur et de professionnels engagés.

[137] Ce manque de remontées du terrain ne peut pas être compensé par l'analyse de données de l'assurance maladie, les données de financement des protocoles étant souvent, à l'exception des protocoles de soins non-programmés, fondus dans des dispositifs d'expérimentations art 51 LFSS plus larges.

[138] La mission recommande qu'une évaluation de ce nouveau dispositif de protocoles de coopération locaux puisse être effectuée d'ici 2023, en complément de l'évaluation des protocoles de coopération nationaux qui relève des missions du CNCI.

Recommandation n°4 Procéder à une évaluation nationale du dispositif de protocoles de coopération locaux en complément de l'évaluation des protocoles de coopération nationaux qui relève des missions du CNCI.

2.5 Des modèles de rémunération et de financement souvent expérimentaux dont la pérennité pose question

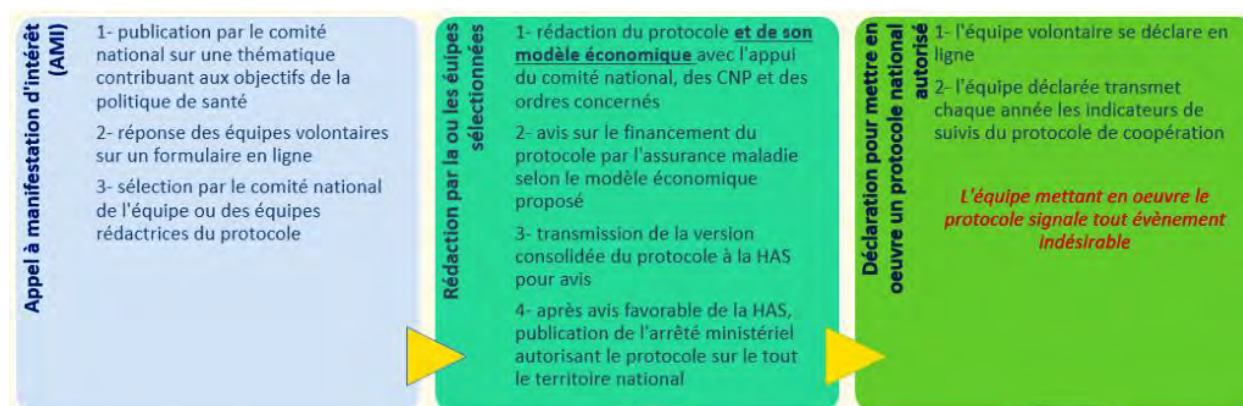
2.5.1 Un modèle prévu *ab initio* pour les protocoles nationaux

[139] Depuis la rénovation du dispositif, le financement des protocoles nationaux doit être intégré dès la réponse à l'appel à manifestation d'intérêt. L'équipe de rédaction rédige sa proposition de protocole national et de modèle économique avec l'appui des conseils nationaux professionnels et des ordres des professions concernées.

[140] Le comité national des coopérations interprofessionnelles rend un avis sur le financement du protocole par l'assurance maladie selon l'organisation décrite ci-dessous.⁸¹

⁸¹ Ainsi l'article L. 4011-3-I du code de la santé publique dispose : "Un comité national des coopérations interprofessionnelles est chargé de la stratégie, de la promotion et du déploiement des coopérations interprofessionnelles. Il propose la liste des protocoles nationaux à élaborer et à déployer sur l'ensemble du territoire, appuie les professionnels de santé dans l'élaboration de ces protocoles et de leur modèle économique et émet un avis sur leur financement par l'assurance maladie. Il assure le suivi annuel et l'évaluation des protocoles autorisés. A cette fin, lui sont transmises annuellement les données pertinentes pour chacun des protocoles mis en œuvre."

Schéma 4 : Processus d'élaboration des protocoles nationaux



Source : MSS

[141] Pourtant, dans les documents de réponse aux appels à manifestation d'intérêt pour l'élaboration des protocoles de coopération nationaux, il n'est pas fait mention du financement ou du modèle économique dudit protocole. Ces informations n'apparaissent pas non plus dans le tableau de recensement des protocoles nationaux, ce qui ne favorise pas la transparence et l'adhésion de nouvelles équipes.

[142] Seuls certains protocoles nationaux, disposent d'un financement spécifique de l'assurance maladie, clairement affiché. C'est le cas par exemple pour le protocole ASALEE ainsi que pour les protocoles en soins non programmés.

Un exemple de financement : Les 6 protocoles de coopération interprofessionnelle en soins non programmés

Il s'agit des protocoles suivants:

- Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle (*Journal officiel* du 8 mars 2020 - texte 13) ;
- Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle (*Journal officiel* du 8 mars 2020 - texte 14) ;
- Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle (*Journal officiel* du 8 mars 2020 - texte 15) ;
- Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle (*Journal officiel* du 8 mars 2020 - texte 16) ;
- Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle (*Journal officiel* du 8 mars 2020 - texte 17)
- Prise en charge de l'éruption prurigineuse chez l'enfant de 12 mois à 12 ans par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine (*Journal officiel* du 10 mars 2020, arrêté du 6 mars).

Le financement de ces protocoles est assuré par l'assurance maladie. Les professionnels peuvent facturer 25 euros par patient pris en charge.

Cette rémunération est versée à la structure dans laquelle évoluent les professionnels de santé: maison de santé pluri-professionnelle (MSP) ou centre de santé. Elle est versée sous réserve que ces structures adhèrent à l'ACI (accord conventionnel interprofessionnel) et est librement partagée dans l'équipe des professionnels de santé impliqués dans le protocole.

La facturation des protocoles ne peut être cumulée avec une cotation de droit commun réalisée le même jour et le lendemain, pour les mêmes patients et par les mêmes professionnels.

La facturation tient compte de l'éventuelle revoyure du professionnel délégant le jour de la consultation et le jour qui suit la consultation avec le professionnel délégué.

Le déploiement de ces protocoles est très récent et il est impossible pour l'instant d'évaluer si cette modalité de financement est appropriée et proportionnée à l'activité générée.

Certains professionnels alertent toutefois sur les délais de paiement inhérents au circuit mis en place.

2.5.2 Une prime de coopération prévue pour les professionnels salariés mais sans financement dédié

[143] A l'hôpital, la mise en place récente d'une prime de coopération⁸² d'un montant mensuel de 100 € bruts, versée à chaque professionnel délégataire⁸³ participant à un protocole, est venue renforcer l'attractivité de ce dispositif. Le financement de ce coût supplémentaire n'est cependant pas assuré spécifiquement. La mission a recueilli le témoignage de petits établissements qui renonçaient à participer aux protocoles car les coûts afférents au versement de cette prime à l'ensemble des professionnels concernés pouvaient s'élever à l'équivalent d'un temps plein annuel infirmier sans financement compensatoire. Certaines situations pourraient justifier un accompagnement de l'ARS via le FIR pour soutenir le déploiement des protocoles dans ces petits établissements sanitaires comme médico-sociaux.

[144] Concernant les professionnels salariés en ville mettant en œuvre des protocoles, l'attribution d'un complément de rémunération devrait être soutenue par les ARS via une mesure FIR ONDAM portée par la DSS et la DGOS dans le PLFSS 2022⁸⁴.

2.5.3 Des financements pour la plupart à durée limitée via des expérimentations de l'article 51 de la LFSS pour 2018

[145] La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit un dispositif innovant⁸⁵ permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé mobilisant des modes de financement dédiés. Le cadre expérimental ouvre la possibilité de déroger à de nombreuses dispositions législatives de financement et d'organisation et notamment de modifier les règles de facturation, tarification et remboursement.

[146] Un fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) doté de plus de 100 M€ en 2021 a été créé pour accompagner les expérimentations⁸⁶. L'enjeu de ces expérimentations, dont la durée

⁸² Décret n° 2019-934 du 6 septembre 2019 portant attribution d'une prime de coopération à certains professionnels de santé exerçant dans le cadre des protocoles de coopération et Arrêté du 6 septembre 2019 fixant le montant de la prime de coopération instituée par le décret n° 2019-934 du 6 septembre 2019 portant attribution d'une prime de coopération à certains professionnels de santé exerçant dans le cadre des protocoles de coopération

⁸³ Les termes de délégataires et délégués sont utilisés de façon indifférenciée pour désigner celui qui exerce l'activité par délégation.

⁸⁴ A terme, cette rémunération pourrait être intégrée aux accords conventionnels interprofessionnels (ACI) conclus avec l'Assurance Maladie

⁸⁵ l'article 51 de la LFSS 2018 (Article L162-31-1 du code de la sécurité sociale)

⁸⁶ L'article L. 6133-1 du code de la santé publique dispose ainsi que "le financement de tout ou partie des expérimentations peut être assuré par un fonds pour l'innovation du système de santé, géré par la Caisse nationale d'assurance maladie. Les ressources du fonds sont constituées par une dotation de la branche maladie, maternité, invalidité et décès du régime

maximale est de 5 ans, est d'encourager, d'accompagner et d'accélérer le déploiement d'organisations innovantes en santé et de nouveaux modes de financement afin d'inciter à la coopération entre les acteurs, notamment à travers des objectifs d'efficience, d'une meilleure prise en compte de la prévention et de la qualité des prises en charge.

[147] Ces expérimentations portent majoritairement sur la mise en place de paiements forfaitaires pour le suivi de patients malades chroniques par des équipes ou des structures interprofessionnelles. En effet, du fait de ses caractéristiques (suivi au long cours, coordination interprofessionnelle, prévention...), ce secteur d'activité de soins primaires s'accommode mal des règles conventionnelles de financement, qui laissent toujours une place prépondérante à la rémunération à l'acte. À cet égard, ni l'accord-cadre interprofessionnel (ACIP) d'avril 2019⁸⁷, ni l'accord conventionnel interprofessionnel pour les structures pluri-professionnelles (ACI) de 2017⁸⁸ et l'accord conventionnel interprofessionnel de 2019 relatif aux CPTS, s'ils visent notamment à soutenir les dynamiques de coopération interprofessionnelle⁸⁹, ne remettent en cause ces règles de financement, qui restent négociées dans le cadre de conventions passées avec chaque profession de santé.

[148] La pérennisation de ces modalités de financement ou leur entrée dans le droit commun doivent être envisagées et l'évaluation conduite pour chaque projet devrait permettre de fournir un avis en ce sens.

2.6 La pérennisation des compétences acquises : un enjeu de sécurisation des professionnels et de continuité des prises en charge

2.6.1 Une absence de portabilité des compétences préjudiciable en cas de mobilités

[149] Un infirmier formé dans le cadre d'un protocole de coopération pour pouvoir réaliser des actes tels que des échographies, des myélogrammes ou encore des suivis en consultation de malades chroniques, ne peut exercer ces compétences qu'aux côtés des médecins avec lesquels il s'est engagé initialement dans le protocole. Si ces médecins partent et sont remplacés par des médecins moins favorables à la coopération, ou si l'infirmier lui-même change de lieu d'exercice, il perd l'autorisation d'exercer cette compétence (et les avantages financiers associés), même si ses résultats prouvent qu'il en a acquis la maîtrise.

général, dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. L'évaluation des expérimentations régies par le présent article est financée par le fonds pour l'innovation du système de santé »

⁸⁷ Qui fixe les lignes directrices de soutien à l'exercice coordonné ayant vocation à être intégrées dans les accords conventionnels

⁸⁸ Qui définit les modalités de rémunération des maisons de santé et des centres de santé et les engagements en contrepartie de ces structures

⁸⁹ Via diverses incitations destinées notamment à faciliter le financement d'équipements et d'infrastructures ad hoc ou à rémunérer les temps de coordination des professionnels.

[150] Afin de favoriser une meilleure pérennité des transferts de compétences réalisés, la mission propose d'assouplir le caractère *intuitu personae* des protocoles de coopération en permettant aux structures collectives d'exercice (établissements sanitaires et médico-sociaux, MSP, CSP) d'associer le protocole à des postes plutôt qu'à leurs titulaires. Ainsi, dès lors que les postes de délégués et de délégués perdurent et que leurs titulaires peuvent attester des qualifications requises par le protocole, le protocole reste valide, quels que soient les professionnels occupant le poste. Cette évolution permettrait :

- de simplifier la perpétuation des pratiques lors du remplacement d'un délégué ou d'un délégué au sein de la structure, le maintien du protocole devenant la norme, plutôt que d'être considéré comme une nouvelle dérogation ;
- de sécuriser la situation professionnelle du professionnel délégué ;
- à des professionnels engagés dans des protocoles qui souhaitent changer de lieu d'exercice de conserver leur pratique s'ils trouvent un poste rattaché au même protocole national que celui qu'ils viennent de quitter.

Recommandation n°5 Assouplir le caractère *intuitu personae* des protocoles nationaux en expérimentant leur rattachement à un poste associé à des qualifications plutôt qu'à une personne nominativement identifiée et en faisant porter la responsabilité par la structure ou le service concerné.

[151] Un enregistrement des formations suivies et une reconnaissance des acquis de l'expérience au titre des protocoles seraient en outre utiles et légitimes pour permettre aux professionnels délégués de se prévaloir de ceux-ci dans le cadre d'une reprise d'études en vue d'une mobilité ascendante.

[152] Le récent rapport parlementaire du 7 juillet 2021⁹⁰ préconise "*l'octroi d'unités de valeur universitaire (UE)*⁹¹ qui pourrait valoriser le suivi d'une formation et l'acquisition d'une compétence. Cela permettrait aux professionnels de conserver leurs nouvelles compétences pour la suite de leur carrière, même en dehors de tout protocole de coopération".

[153] La mise en œuvre de cette mesure semble difficile lorsque la formation n'est pas diplômante.

[154] D'autres options sont cependant envisageables pour assurer un suivi et une capitalisation des compétences acquises dans le cadre d'un protocole :

- L'enregistrement des formations suivies dans le RPPS, ce qui offrirait l'avantage de permettre une large publicité de cette information (et faciliterait donc la reconnaissance des droits de prescription associés à certains protocoles par les pharmaciens) ;
- La prise en compte dans le cadre du développement professionnel continu des formations suivies et des activités pratiquées dans le cadre des protocoles ;

⁹⁰ Déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur l'organisation des de santé : quelle vision dans dix ans et comment y parvenir ? M. Cyrille ISAAC-SIBILLE, Député.

⁹¹ Chaque unité d'enseignement a une valeur définie en crédits européens, au niveau d'études concerné. Le nombre de crédits par unité d'enseignement est défini sur la base de la charge totale de travail requise de la part de l'étudiant pour obtenir l'unité. La charge totale de travail tient compte de l'ensemble de l'activité exigée de l'étudiant et, notamment, du volume et de la nature des enseignements dispensés, du travail personnel requis, des stages, mémoires, projets et autres activités.

- Leur prise en compte dans les référentiels de certification/recertification⁹² comme compétences facultatives, ce qui permettrait en outre de s'assurer que ces compétences sont bien mises à jour et pratiquées en continu⁹³ pour pouvoir continuer à être exercées ;
- La mise en place dans le système d'information (SI) de déclaration des protocoles d'une possibilité pour les professionnels concernés d'éditer un certificat d'implication dans un protocole détaillant les formations suivies et les compétences mises en œuvre ainsi que la durée pendant laquelle le professionnel a été engagé dans le protocole, de façon à faciliter la constitution d'un dossier de validation des acquis personnels et/ou professionnels (VAPP) en cas de reprise d'études⁹⁴.

Recommandation n°6 Mettre en place des modalités de suivi et capitalisation des compétences acquises par les professionnels engagés dans des protocoles de coopération.

2.6.2 L'intégration de certains protocoles dans les compétences socles reste en suspens

[155] Tels qu'ils avaient été présentés à l'origine, ces protocoles devaient constituer des expérimentations pouvant déboucher sur l'intégration de nouvelles compétences dans la formation initiale et la révision des décrets d'actes des professions faisant l'objet de la délégation.

[156] En observant les évolutions législatives et réglementaires survenues depuis 2009, on constate :

- que certaines nouvelles compétences ou droits ont été reconnus à certaines professions socles sans avoir fait l'objet d'une expérimentation préalable sous forme de protocole⁹⁵ ;
- que les protocoles existants n'ont conduit à aucune modification pérenne⁹⁶ des décrets d'acte ou de compétence des professions socles concernées.

[157] Le décret d'actes de la profession infirmière n'a notamment pas évolué depuis 2004⁹⁷ (décret 2004-802 du 29 juillet 2004), en dépit d'un grand nombre de réformes de notre système de santé⁹⁸. Et les compétences développées par les infirmiers dans le cadre des protocoles de coopération n'ont

⁹² Ordonnance no 2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé

⁹³ La certification périodique a pour objectif de mesurer, d'évaluer le maintien des compétences, la qualité des pratiques professionnelles et l'actualisation ainsi que le niveau de connaissances.

⁹⁴ Cette option permettrait notamment d'alléger la durée des études (et donc leur coût pour le professionnel et la durée des vacances d'emploi) liées à l'obtention d'un diplôme d'Etat en pratique avancée.

⁹⁵ Voir paragraphe 1.2.3.

⁹⁶ A noter que des mesures proposées au PLFSS 2022 visent à généraliser l'application de certains protocoles concernant les orthoptistes ou les MK mais uniquement dans le cadre d'expérimentations à durée limitée.

⁹⁷ Dans un seul et même texte (décret du 29 juillet 2004) sont réunis à la fois le décret du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles et l'ancien décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels.

⁹⁸ L'article 25 de la loi du 24 juillet 2019 contribue toutefois à la reconnaissance de l'évolution des pratiques et des compétences infirmières :

L'article L. 4311-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

"Dans un protocole inscrit dans le cadre d'un exercice coordonné tel que prévu aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3, et dans des conditions prévues par décret, l'infirmier ou l'infirmière est autorisé à adapter la posologie de certains traitements pour une pathologie donnée. La liste de ces pathologies et de ces traitements est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé. Cette adaptation ne peut avoir lieu que sur la base des résultats d'analyses de biologie médicale, sauf en cas d'indication contraire du médecin, et sous réserve d'une information du médecin traitant désigné par le patient." ;

2° Le dernier alinéa est complété par les mots : « des solutions et produits antiseptiques ainsi que du sérum physiologique à prescription médicale facultative" .

été ni valorisées ni intégrées à la formation initiale⁹⁹. Ces protocoles restent donc dans un exercice dérogatoire, sans élargir les compétences du métier socle.

[158] Dans la pratique, de nombreux protocoles ont une portée trop contextualisée (envisageables uniquement dans un service spécialisé ou dans le cadre d'une organisation des soins pensée pour permettre la coopération) pour faire l'objet d'une généralisation et, à l'exception du protocole ASALEE, les protocoles nationaux qui concernent les infirmiers impliquent une proportion trop faible de professionnels ou demandent une formation trop spécifique pour qu'on puisse vraiment envisager de les inclure dans la profession socle sans prévoir, en plus d'une évolution de la formation initiale, des formations complémentaires pour que les infirmiers déjà diplômés puissent les exercer.

[159] Dans certains cas, la pérennisation des protocoles débouche plus naturellement sur l'émergence d'une nouvelle forme d'exercice que sur l'évolution des compétences socles. La création de certaines mentions IPA s'inspire ainsi de protocoles préexistants.

[160] La mission considère qu'il serait pertinent que le CNCI établisse une grille de critères permettant d'identifier les protocoles les plus susceptibles de sortir d'un cadre dérogatoire pour être pérennisés, soit dans les compétences de la profession socle, soit dans le cadre d'une pratique avancée.

[161] Parmi les critères pouvant entrer en considération pour l'intégration dans la profession socle, la mission suggère à titre d'exemple :

- Un niveau de risque faible pour le patient (cf. critères exposés en annexe 6), corroboré par l'absence de tout événement indésirable associé au protocole ;
- La proximité de l'acte avec les missions déjà reconnues à la profession socle (ex. prévention et éducation thérapeutique pour les infirmiers) ;
- Une proportion significative de professionnels engagés dans le protocole par rapport au nombre de professionnels potentiellement concernés (ex. : proportion d'infirmières engagées par rapport au nombre d'IDEL travaillant en exercice coordonné pour les protocoles en ville, proportion d'infirmiers engagés par rapport à ceux exerçant dans des services de la spécialité médicale délégante pour les protocoles hospitaliers), cette proportion constituant un indice de l'attente suscitée par cette évolution parmi les délégataires comme parmi les délégués ;
- Une durée de formation suffisamment courte pour pouvoir s'intégrer facilement dans la formation initiale comme dans le catalogue de formation continue.

Recommandation n°7 Définir, au niveau du CNCI, une grille de critères permettant d'identifier les protocoles les plus susceptibles de sortir d'un cadre dérogatoire pour être pérennisés, soit dans les compétences de la profession socle concernées, soit dans le cadre d'une pratique avancée.

[162] Pourraient être étudiés en priorité :

- Les protocoles visant à permettre à un professionnel de réaliser sans supervision un acte qu'il peut déjà réaliser sous supervision (compétences déjà acquises) ou dont l'apprentissage est déjà inclus dans sa formation initiale (ex. : pose de voie veineuse centrale pour les IADE) ;
- Les protocoles pour lesquels la délégation d'acte est rendue possible par l'utilisation d'un outil innovant (télémédecine, utilisation de tests ou techniques d'examen dispensant le

⁹⁹ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier

professionnel d'analyse clinique approfondie) plutôt que par l'acquisition d'un apprentissage clinique ou gestuel complexe par le délégataire ;

- Les protocoles concernant des actes conventionnellement réservés aux médecins mais ne comportant ni analyse diagnostique, ni définition de stratégie thérapeutique, ni risque grave lié à leur réalisation pour le patient (ex. : consultation préventive de médecine du voyage, réalisation de frottis cervico-utérins de dépistage).

[163] L'analyse de la pertinence de ces pérennisations devra bien sûr comprendre une évaluation du modèle économique mis en place et une analyse de sa soutenabilité en cas de généralisation.

[164] Si le succès des protocoles locaux et la faible mobilisation autour des nouveaux protocoles nationaux se confirmaient, il est possible que les protocoles deviennent à terme un dispositif dérogatoire favorisant la souplesse d'exercice et l'émergence d'exceptions locales répondant aux besoins des acteurs mais présentant un faible potentiel de généralisation plutôt qu'un dispositif expérimental précurseur d'évolutions plus profondes ouvrant la voie à l'intégration de nouvelles compétences pérennes.

3 La pratique avancée : un dispositif encore insuffisamment attractif et qui peine à se déployer

[165] Un récent document de travail de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) note que " *les obstacles à la mise en œuvre des soins infirmiers en pratique avancée sont à peu près semblables dans tous les pays. À ce titre, notons l'opposition de certains intervenants (notamment la main-d'œuvre médicale), les obstacles réglementaires (dont les lois désuètes et très restrictives sur le champ d'exercice), les projets de financement et de remboursement (lorsque ces nouveaux rôles ne sont pas reconnus de façon adéquate), ou le lent déploiement au niveau organisationnel (en raison de l'absence d'une direction solide et de mauvaises stratégies de gestion du changement)* "100.

[166] En France, la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 a posé le cadre juridique de la pratique avancée. Les textes réglementaires régissant ses modes d'exercice et de formation ont été publiés en juillet 2018. Dès l'été 2019, les premiers IPA ont été diplômés. L'objectif annoncé par le ministère des solidarités et de la santé est de 5 000 professionnels formés d'ici 2024.

[167] L'exercice en pratique avancée est défini dans un nouveau Titre préliminaire au livre III de la 4ème partie du Code de la santé publique¹⁰¹. De par ce positionnement, il est juridiquement possible pour l'ensemble des auxiliaires médicaux. Cependant, seuls les infirmiers disposent actuellement d'un décret d'application qui leur permet d'accéder à ce type d'exercice et en fixe les conditions d'accès :

- Un diplôme universitaire de niveau master II ;
- Une durée d'exercice préalable de 3 ans comme infirmier ;
- Un enregistrement à l'ordre national infirmier.

¹⁰⁰ [traduction] Maier et coll., 2017, p. 5

¹⁰¹ Livre consacré aux auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires (Articles L4301-1 à L4394-4).

[168] La pratique avancée infirmière permet de développer des compétences médicales et également d'évoluer dans le champ du leadership clinique et de la recherche infirmiers.

3.1 Un dispositif en retrait par rapport aux ambitions initiales

[169] Les objectifs et ambitions initiaux du gouvernement pour ce dispositif ressortent clairement de l'exposé des motifs du 15 octobre 2014 du projet de loi de santé examiné en conseil des ministres¹⁰² : *"Les défis de l'organisation des soins pour demain sont bien identifiés et nécessitent des transformations majeures des modèles professionnels. Le diagnostic est consensuel et voit converger une série de contraintes : la baisse de la démographie médicale, l'explosion des besoins des patients chroniques, l'exigence croissante de qualité, de sécurité, mais aussi d'information et d'accompagnement, le défi de l'accès aux soins. Ces défis sont au cœur de la stratégie nationale de santé pour construire la réponse que le Gouvernement entend donner aux inquiétudes des professionnels et des usagers.*

Au regard de l'évolution épidémiologique, démographique et économique, bien des réponses convergent pour promouvoir à partir des métiers socles de nouveaux métiers dans le champ de la santé, situés entre le "bac+8" du médecin et le "bac+3/4" des paramédicaux. Les acteurs sont nombreux à prendre position en faveur d'un questionnement de fond sur la conception des métiers de santé."

[170] Devant l'opposition forte du corps médical, de nombreux détails du texte original ont été altérés, révisant les ambitions du projet à la baisse et compromettant en partie, d'emblée, l'atteinte des objectifs visés.

3.1.1 Des compromis engendrant des freins structurels à l'autonomie des IPA

3.1.1.1 Les conditions d'exercice : d'une équipe de soins conçue autour du patient à une équipe de soins autour du médecin

[171] L'article L4301-1 définit les modalités d'exercice de la pratique avancée, la plaçant d'emblée dans le cadre d'un exercice collectif coordonné : *"Les auxiliaires médicaux relevant des titres I^{er} à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire"*.

[172] Comme le souligne Louise Luan¹⁰³, *"la version initiale ne mentionnait que l'exercice "au sein d'une équipe de soins au sens de l'article L. 1110-12", article créé par cette même loi MNSS qui ne conditionne pas l'existence d'une telle équipe à la présence d'un médecin. Dans la version adoptée¹⁰⁴, la présence d'un médecin est finalement rappelée systématiquement dans l'ensemble des trois modes d'exercice retenus. Dans le dernier, l'"assistance" semble bien éloignée de l'autonomie réclamée par certaines infirmières."*

¹⁰² Chapitre II – article 30

¹⁰³ Luan L., La difficile création de la pratique avancée infirmière en France. Construction du cadre législatif et réglementaire et première mise en œuvre. Mémoire de master 2 Médecine, Droit et Politiques de Santé, Université de Paris – Sciences Po Paris, juin 2021

¹⁰⁴ "I.- Les auxiliaires médicaux relevant des titres I^{er} à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire."

3.1.1.2 Des compétences réduites en termes de diagnostic, de consultation et de prescription

[173] Entre le projet de loi et la promulgation de la loi, on constate la disparition du terme diagnostic, au profit d'"actes d'évaluation et de conclusion clinique", qui reflète l'opposition du corps médical à céder une partie de son monopole. Louise Luan souligne également la disparition de l'expression "pouvant être réalisés de façon autonome" adossée à ces actes dans la version initiale de l'article.

[174] Il est important de noter que la loi ne permet ainsi pas aux IPA de prescrire des médicaments sur prescription médicale obligatoire, mais seulement "le renouvellement ou l'adaptation de la posologie".

[175] Le terme de consultation n'a pas été retenu pour qualifier la nature des entretiens entre IPA et patients. Sont évoqués dans l'article L4301-1 "des actes" et "des activités" et non des missions et, dans le décret d'application, le fait de "conduire un entretien avec le patient qui lui est confié, effectuer une anamnèse de sa situation et procéder à son examen clinique". Parmi les raisons évoquées par Louise Luan pour renoncer à l'usage de ce terme, se trouve l'hostilité des médecins d'une part et d'autre part le risque identifié de susciter une revendication de tarification à l'acte pour les IPA voire les infirmiers. *"C'est surtout la perspective de la réouverture de discussions autour de la consultation infirmière pour l'ensemble des infirmières, notamment libérales, qui a stoppé toute possibilité d'emploi du terme"*.

[176] La primo-prescription de produits de santé soumis d'ordinaire à prescription médicale n'a, quant à elle, jamais été envisagée, y compris pour des produits ou prestations nécessaires et usuels dans le suivi quotidien des patients (prescriptions de transport, arrêt de travail, médicaments antalgiques...).

3.1.1.3 La notion de patient "confié" : une dépendance organisée qui compromet le développement de l'exercice et contrevient au libre choix du patient

[177] En mars 2018, une première version du projet de décret avait été contestée par les organisations infirmières, mais aussi, pour des raisons opposées, par des syndicats de médecins, les uns estimant que les IPA étaient trop écartés du premier recours, les autres estimant, au contraire, qu'ils seraient en concurrence, au détriment des médecins généralistes.

[178] Alors que la loi n'interdit pas en soi l'accès direct à l'IPA, le décret d'application le proscrit. En effet, la mention "confié par le médecin" est systématiquement utilisée lorsque le patient est évoqué¹⁰⁵. Le texte prévoit également un formalisme de délégation de patients qui rend impossible l'accès direct. Cette délégation requiert notamment :

- L'existence préalable à la délégation de patients d'un "protocole d'organisation"¹⁰⁶ entre le médecin et l'IPA ;

¹⁰⁵ Article R4301-1, R4301-3, R4301-4

¹⁰⁶ Ce document précise les informations suivantes :

1° La composition de l'équipe ;

2° La fréquence à laquelle le médecin souhaite revoir le patient en consultation ;

3° Le droit de refus par le patient d'être suivi par l'infirmier exerçant en pratique avancée sans conséquence sur sa prise en charge, conformément à l'article L. 1110-8 ;

4° Les conditions de retour vers le médecin, sur décision de l'infirmier exerçant en pratique avancée, notamment dans les situations prévues au dernier alinéa de l'article R. 4301-5 ou sur demande du patient ;

5° Les modalités garantissant le respect de la confidentialité des données personnelles du patient lors de leur transmission entre le médecin et l'infirmier exerçant en pratique avancée.;" art R 4301-6.

- L'élaboration d'un document "rempli et signé par le médecin et versé au dossier médical du patient" pour s'assurer du consentement de ce dernier à être suivi par l'IPA.

[179] Si ces modalités garantissent le "droit de refus" du patient d'être suivi par l'IPA, elles contreviennent en revanche à sa liberté de choix du professionnel qui le prend en charge.

[180] La mission souligne que, pour nulle autre profession, le code de la santé publique n'impose en droit la désignation *intuitu personae* d'un professionnel choisi par le médecin, pour que le professionnel en question puisse avoir la possibilité de recevoir un patient qui souhaiterait le consulter. L'orientation vers un médecin spécialiste, comme la prescription de soins paramédicaux, respectent toujours le libre choix du professionnel par le patient. Ce principe, issu du code de déontologie des médecins, est garanti par la loi depuis 2002¹⁰⁷. Le respect de ce principe est nécessaire à la confiance qui doit fonder toute relation de soins.

[181] Ce système organise en outre une dépendance qui peut compromettre la continuité du suivi des patients par l'IPA ainsi que la pérennité de l'exercice de l'IPA en cas de départ du médecin (déménagement, retraite).

[182] Par ailleurs, cette disposition entretient la confusion entre pratique avancée et protocoles de coopération. Alors que les IPA estiment qu'ils n'ont pas assez d'autonomie par rapport aux médecins, ceux-ci considèrent qu'ils en auraient trop. Certains représentants des médecins revendiquent que "*la prescription est le cœur du métier de médecin et ne peut être déléguée sans protocolisation*".

[183] La notion de "protocole d'organisation" est régulièrement confondue avec celle de protocole de coopération. Les représentants des IPA ont rapporté des demandes de validation des protocoles d'organisation par des tiers (ONI, Ordre des médecins, directions d'établissements, ARS, etc.) ou de proposition de signataires correspondant à la gouvernance interne (cadre de santé, direction des soins, président de CME etc.), alors que le décret en vigueur évoque une signature des médecins qui orientent les patients et de l'IPA.

[184] Les IPA eux-mêmes perçoivent ce protocole comme une demande d'autorisation d'exercer au médecin ou un "CDD", qui les prive de l'autonomie d'exercice à laquelle ils aspiraient. Les éléments qu'il contient apparaissent cependant utiles. C'est plutôt sa signature préalable à toute délégation de patientèle qui lui confère un caractère bloquant.

[185] Comme on le voit, le modèle de pratique avancée français dispose d'un cadre législatif et réglementaire qui ne permet pas l'accès direct à la population, la pose d'un diagnostic et la primo-prescription, ce qui limite fortement l'intervention en soins primaires. Le cadre réglementaire est davantage adapté à l'exercice coordonné en établissement de santé ou en MDS/CDS, la proximité du médecin rendant son intervention préalable moins contraignante.

¹⁰⁷ Art L111-4 du CSP

3.1.2 Une doctrine évolutive de création des mentions

[186] Quatre premiers domaines d'interventions ont été ouverts à la pratique avancée par le décret modifié n° 2018-629 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée :

- Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et poly-pathologies courantes en soins primaires (PCS)¹⁰⁸ ;
- Oncologie et hémato-oncologie (OHO) ;
- Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale (IRC) ;
- Psychiatrie et santé mentale (PSY).

[187] Ces quatre domaines d'intervention viennent d'être complétés par le décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences. On recense ainsi aujourd'hui cinq domaines d'intervention ouverts à la pratique avancée infirmière.

[188] La volonté d'améliorer les parcours de soins des patients, et en particulier des patients atteints de maladies chroniques, semble avoir présidé au choix de ces domaines. La décision de ne pas reproduire dans le domaine de la pratique avancée la segmentation par spécialité médicale d'organe paraît en effet aller dans le sens d'une approche globale des patients, et limitait le risque de voir se démultiplier les demandes de mentions.

[189] L'inscription progressive des quatre premières mentions, qui a pu laisser quelques difficultés en suspens (désignation floue de "poly-pathologies courantes en soins primaires", qui ne correspond à aucune pratique juridiquement définie ; opposition des psychiatres à un adressage direct à l'IPA par le médecin généraliste dans le domaine des soins psychiatriques), n'a pas remis en cause cette approche centrée sur le suivi des pathologies chroniques (cf. annexe 9 – Historique de l'exercice en pratique avancée).

[190] C'est à l'occasion de la création de la cinquième mention, "urgences", en octobre 2021, que s'est dessinée une évolution significative, qui fait entrer la pratique avancée dans un périmètre d'intervention bien plus large :

- Entorse possible, pour certains motifs de recours et situations cliniques¹⁰⁹, à la notion de "patient confié", sans que celle-ci ait été supprimée. Cette option modifie la nature de la prise en charge, autorisant l'intervention de l'IPA en première ligne (en amont du médecin) dans le cadre d'un "parcours paramédical", dès lors qu'un médecin de la structure de médecine d'urgence intervient à un moment de cette prise en charge. Cette modalité s'apparente à une forme d'accès direct supervisé ;
- Concernant le recueil du consentement du patient, c'est l'IPA qui est chargé de le faire remplir et signer ;

¹⁰⁸ "Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et poly-pathologies courantes en soins primaires". L'arrêté du 18 juillet 2018 fixe la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique: accident vasculaire cérébral ; artériopathies chroniques ; cardiopathie, maladie coronaire ; diabète de type 1 et diabète de type 2 ; insuffisance respiratoire chronique ; maladie d'Alzheimer et autres démences ; maladie de Parkinson ; épilepsie."

¹⁰⁹ Article R4301-3-1 CSP, 2^e alinéa : "*Toutefois, par dérogation aux dispositions des articles R. 4301-1 et R. 4301-3, pour les motifs de recours et les situations cliniques présentant un moindre degré de gravité ou de complexité, également définis par un arrêté du ministre chargé de la santé, l'infirmier en pratique avancée est compétent pour prendre en charge le patient et établir des conclusions cliniques, dès lors qu'un médecin de la structure des urgences intervient au cours de la prise en charge.*"

- Prise en charge de soins aigus/non programmés¹¹⁰, en contradiction avec les premières mentions centrées sur le suivi au long cours de pathologies chroniques ;
- Mention dans le référentiel de formation, pour cette mention, de l'élaboration "*de conclusions cliniques et d'hypothèses diagnostiques*"

3.1.3 L'occasion ratée d'inscrire la pratique avancée dans la continuité du modèle ASALEE

[191] De façon générale, la pratique avancée s'est écartée dans sa mise en œuvre du projet initial d'étendre le périmètre d'intervention des infirmiers en soins primaires, pour se concentrer sur des actes majoritairement effectués à l'hôpital ou dans des établissements de soins. Le développement de la pratique avancée aurait pourtant pu sur ce point bénéficier de la voie tracée par la réussite du projet "ASALEE", présenté par bon nombre d'acteurs comme une préfiguration de la pratique avancée. Ce dispositif repose sur des consultations d'éducation thérapeutique par les infirmiers et ouvre, par dérogation, la possibilité de prescrire des examens complémentaires, selon des protocoles prédéfinis. Les actes dérogatoires inscrits dans le protocole de coopération médecin/infirmier porté par l'association ASALEE sont les suivants :

- Suivi du patient diabétique de type 2 : rédaction et signature de prescriptions types des examens, prescription et réalisation des ECG, prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds ;
- Suivi du patient à risque cardiovasculaire : prescription et réalisation des ECG ;
- Suivi du patient tabagique à risque BPCO : prescription, réalisation et interprétation de spirométrie ;
- Consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de test mémoire, pour les personnes âgées.

[192] Tout au long de son développement, l'association ASALEE a fait l'objet d'une évaluation par l'IRDES, qui a démontré dès 2008 qu'ASALEE était 2,8 fois plus efficient qu'une prise en charge habituelle pour un suivi de diabète de type 2. En 2010, le conservatoire national des arts et métiers estimait qu'il y avait une économie de soins absolue de 10 % toutes consommations confondues (hôpital et ville) pour les patients.

[193] Forts de ces résultats, en 2015, les infirmiers ASALEE ont vu leurs missions s'élargir : dépistage précoce et accompagnement de l'enfant et adolescent en surpoids, suivi des addictions, des troubles du sommeil, sevrage tabagique. De plus, ils participent aux campagnes collectives de dépistage de certains cancers (mammographies, frottis col de l'utérus, et dépistage du cancer colorectal).

[194] Sur le plan des modalités, plusieurs aspects positifs d'ASALEE auraient pu inspirer les pouvoirs publics dans la conception de la pratique avancée à la française :

- Le salariat des infirmiers par un tiers (l'association nationale), qui :
 - s'écarte de la rémunération à l'acte ;
 - évite de créer un lien de subordination hiérarchique entre infirmière et médecin (les syndicats d'infirmiers libéraux rejettent par principe le salariat car il n'offre pas l'autonomie professionnelle recherchée par les professionnels) ;

¹¹⁰ Selon l'avis de l'Académie Nationale de Médecine, les motifs de recours définis par arrêté, autorisant la prise en charge dans le cadre du parcours paramédical, "ne relèvent pas tous de l'urgence mais des soins primaires, éventuellement non programmés"

- n'impose pas au médecin la gestion d'un employé et les coûts associés.
- L'installation co-localisée au sein des cabinets médicaux, qui permet une intervention en amont du médecin avec possibilité de le solliciter instantanément en cas de besoin et qui facilite la coordination ;
- Le modèle d'organisation permettant à une infirmière d'intervenir au profit de plusieurs cabinets médicaux ;
- Les normes de qualité sur les conditions d'accueil qui garantissent à chaque infirmière de disposer d'un bureau et d'un partage de secrétariat avec les médecins ;
- L'indemnisation du temps de coordination versée aux médecins, manifestement incitative au vu du nombre de délégués ;
- Le recrutement, la formation et le partage d'expériences entre professionnels assurés par l'association, qui favorisent le partage des bonnes pratiques et l'essaimage du dispositif ;
- L'animation de la communauté avec l'organisation systématique de réunions de secteurs (échanges de pratique, formation) ;
- La méthode de coopération avec des réunions de concertation pluri-professionnelles régulières entre le médecin et l'infirmier, l'analyse partagée des dossiers pour repérer les suivis insuffisants, et l'organisation de campagnes de prévention.

[195] Dès 2010, l'OCDE¹¹¹ avait qualifié les infirmiers ASALEE comme étant "en pratique avancée dans le domaine des soins primaires, menant notamment des consultations avancées d'éducation à la santé". Les missions des ASALEE (prévention, approche populationnelle, prise en charge globale, éducation à la santé) étant très proches du projet initial d'IPA en soins primaires et recoupant en partie les compétences actuelles des IPA PCS, leurs pratiques professionnelles auraient pu être capitalisées au profit des IPA.

[196] Pourtant, en 2018, malgré de nombreuses études menées, peut-être au vu des coûts engagés¹¹², ni les modalités ni l'expérience d'ASALEE n'ont été prises comme références pour mettre en œuvre la pratique avancée et aucun programme organisé n'a été mis en place pour permettre la reconnaissance des infirmières ASALEE comme IPA.

3.2 Malgré un début difficile, des témoignages montrant la plus-value des IPA sur le terrain

3.2.1 L'atteinte déjà compromise des objectifs quantitatifs fixés

3.2.1.1 Des flux d'entrée en formation dynamiques mais encore insuffisants

[197] L'objectif annoncé par le ministère des solidarités et de la santé lors du Ségur de la santé était de 5 000 professionnels formés d'ici 2024, ce qui exigerait des flux de diplômés supérieurs à 1 000 professionnels par an.

¹¹¹ Documents de travail de l'OCDE sur la santé No. 54. "Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés

¹¹² En 2020, l'assurance maladie a versé 45,8 Millions d'euros à l'association ASALEE.

Le nombre de diplômés n'atteindra pas les 2 000 en juillet 2022 et sans évolution du nombre de nouveaux étudiants, il faudra attendre 2026 pour approcher les 5 000 diplômés.

[198] Selon le MESRI, depuis la publication des textes réglementaires concernant la pratique avancée infirmière, les effectifs en formation s'établissent comme suit :

Tableau 4 : Effectifs annuels en formation DEIPA depuis 2018

Effectifs annuels en formation DEIPA (master 1 et 2) 2018-2021	
Année 2018-2019	324
Année 2019-2020	798
Année 2020-2021	1372

Source : DGESIP A1-4- 03 MARS 2021

[199] Selon les informations transmises par l'UNIPA et en considérant que l'ensemble des étudiants inscrits en M1 dans les facultés en 2019 (diplômés en juillet 2021) et en 2020 (diplômés en 2022) finaliseront leur parcours de formation, le nombre total d'IPA sera de l'ordre de 1 700 en juillet 2022.

Tableau 5 : Nombre de diplômés en 2019 et 2020, nombre de diplômés potentiels en 2021 et 2022 (au regard du nombre d'étudiants).

ANNEE	NOMBRE DE DIPLOMÉS ou FUTURS DIPLOMÉS	NOMBRE TOTAL D'IPA DIPLOMÉS
2019	63	63
2020	260	323
2021	664	987
2022	729	1716

Source : UNIPA

[200] Si le nombre d'inscriptions se maintient à environ 800 élèves par an, l'évolution sur les années à venir conduira à un nombre total de 5 000 IPA en 2026 ou 2027. La mission ne dispose pas du nombre de nouveaux inscrits en 2021. À titre indicatif, l'université Aix Marseille a admis le même nombre d'étudiants en 2021 qu'en 2020¹¹³. Les infirmiers, selon la DREES, sont au nombre de 764 000 infirmiers au 1^{er} janvier 2021¹¹⁴ en France. Lorsque 5 000 IPA seront formés, ils représenteront donc à peine 0,7 % de l'ensemble des infirmiers.

¹¹³ <https://smpm.univ-amu.fr/fr/formations/sciences-infirmieres/diplome-etat-infirmier-pratique-avancee>

¹¹⁴ Données dataviz.DREES

Tableau 6 : Estimation théorique du nombre d'IPA diplômés dans les années à venir à nombre d'étudiants constant

ANNEE	NOMBRE DE FUTURS DIPLOMÉS	NOMBRE TOTAL D'IPA DIPLOMÉS
2023	800	2516
2024	800	3316
2025	800	4116
2026	800	4916
2027	800	5716

Source : Mission

Les universités engagées en 2019 ont globalement accueilli moins de nouveaux étudiants en 2020.

[201] Si certaines régions métropolitaines ont fait l'objet d'une montée en charge entre 2019 et 2020, globalement les universités engagées en 2019 ont accueilli moins d'étudiants en 2020. L'augmentation globale (+65) est inférieure au nombre de nouvelles places installées (90) avec un déficit de 25 places dans les universités déjà engagées en 2019.

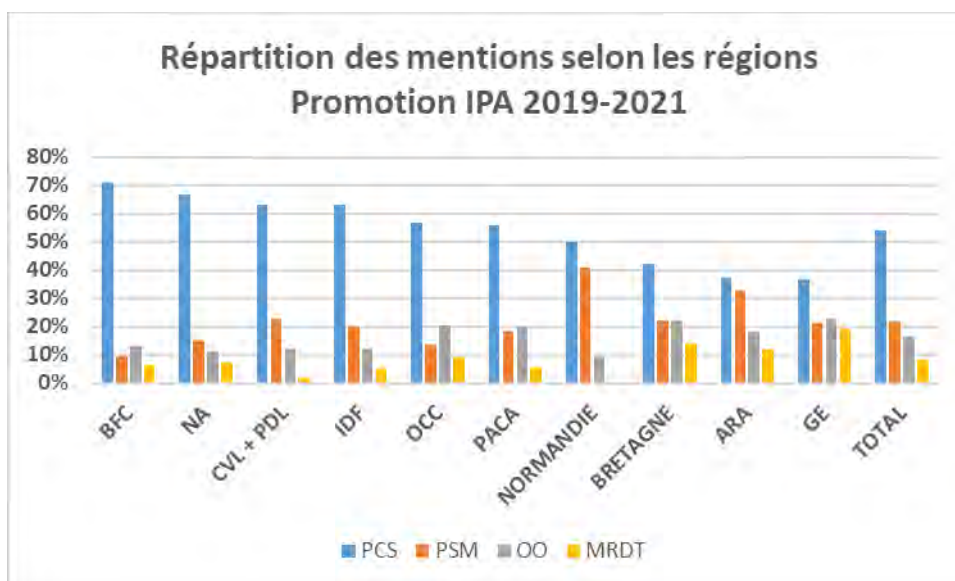
[202] À titre d'exemple, la région Île-de-France a présenté une baisse significative du nombre d'étudiants en 2021 (baisse de 26 % des effectifs par promotion) alors même que la région comporte l'une des universités pionnières (Versailles Saint Quentin en Yvelines).

[203] En région Rhône-Alpes, le choix de l'université se fait aussi selon la mention suivie, les quatre universités proposant chacune une des mentions.

[204] Enfin, au niveau national et pour la promotion qui a été diplômée en juillet 2021, la répartition des mentions est la suivante : 54 % pour la mention maladies chroniques stabilisées (PCS) ; 22 % pour la mention santé mentale (PSM), mention plus récente que les trois autres ; 16 % pour la mention oncologie (OO) et enfin 8 % pour la mention insuffisance rénale (MRDT).

[205] Selon les données fournies par les ARS ayant répondu au questionnaire de la mission, ces moyennes cachent des disparités entre les régions, la mention PCS pouvant représenter de 37 à 71 % des étudiants selon les régions.

Graphique 1 : Proportion des mentions IPA en fonction des régions



Source : Mission IGAS sur données des ARS

3.2.1.2 Des données disparates qui semblent refléter un déficit d'implantation en libéral

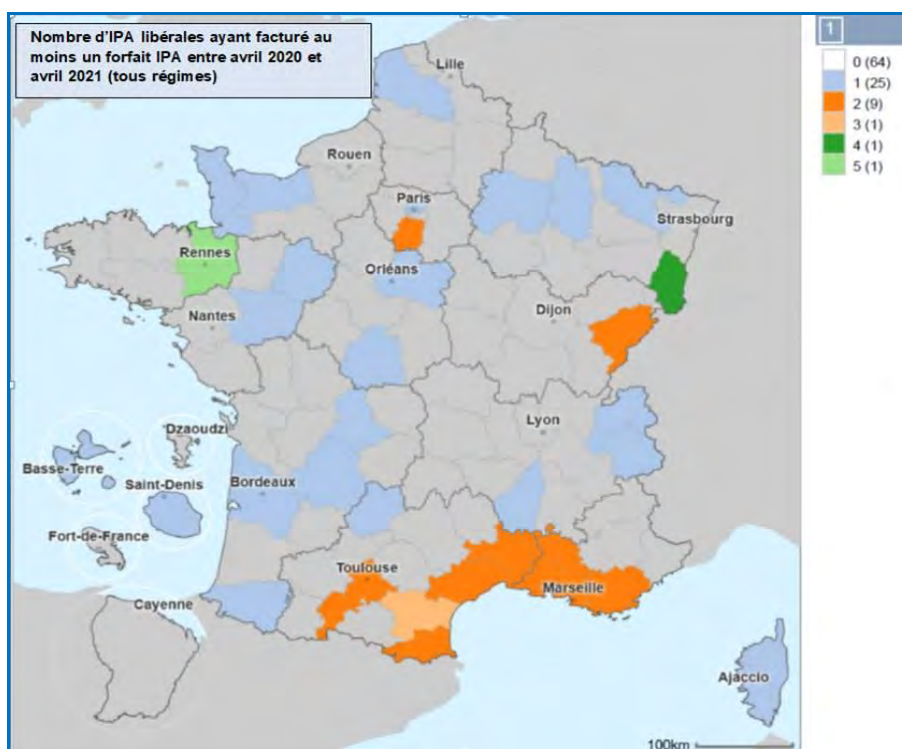
[206] La CNAM dénombrait, en avril 2021, 33 infirmiers en pratique avancée libéraux ayant facturé des forfaits IPA, dont 4 ayant une activité exclusive, et 7 centres de santé facturant des forfaits IPA¹¹⁵ (notamment en région parisienne¹¹⁶).

[207] La carte ci-dessous recense cependant 54 IPA libéraux ayant facturé un forfait entre avril 2020 et avril 2021.

¹¹⁵ Les IPA prescrivent sous le numéro de prescripteur du centre et ne sont donc pas identifiables

¹¹⁶ Nanterre et Saint Denis

Carte 1 : Nombre et répartition des IPA libéraux (avril 2021)



Source : CNAM

[208] Ces chiffres ne sont pas concordants et ne corroborent pas non plus ceux communiqués par le CNP IPA selon un recensement de mars 2021¹¹⁷. Ils pourraient laisser penser qu'un très faible volume d'IPA exerce en libéral ou en exercice coordonné. Toutefois ils ne reflètent pas la situation réelle et actuelle pour plusieurs raisons :

- Ils peuvent refléter un problème d'identification par la CNAM (spécialité créée seulement à l'été dans le système d'information de la CNAM, impossibilité pour de nombreux IPA de facturer leur activité en tant que forfait IPA selon les témoignages de tous les professionnels diplômés avant 2021 rencontrés par la mission) ;
- Ils ne tiennent pas compte des effectifs de la dernière promotion qui ont pu s'installer depuis l'été et ne portent donc que sur 323 diplômés avant 2020 ;
- Il n'a pas été possible à la mission d'obtenir un recensement des IPA en établissements, la CNAM ne disposant que de données relatives aux professionnels libéraux et la DGOS ne disposant pas encore de chiffres.

¹¹⁷ 18 IPA exerçaient en soins de ville dont 11 en exercice exclusif (9 en libéral, 2 en centre de santé)

[209] Selon les données les plus récentes fournies par l'agence du numérique en santé suite à la mise en œuvre du RPPS par l'Ordre national des infirmiers¹¹⁸, les chiffres sont plus importants même s'ils restent sans doute partiels¹¹⁹ :

Tableau 7 : Recensement des IPA en exercice en novembre

Comptages d'infirmiers distincts	Volumétrie RPPS à la date du 04/11/2021
Nombre d'infirmiers diplômés IPA	674 ¹²⁰ (448 début août 2021) dont 356 PCS, 143 OHO, 64 IRC et 114 Santé mentale)
Nombre d'infirmiers diplômés IPA avec une activité salariée/libérale	562 ont une activité salariée 141 ont une activité libérale
Nombre d'infirmiers diplômés IPA remplissant les conditions d'exercice	460 (272 début août 2021)
Nombre d'infirmiers diplômés IPA ne remplissant pas les conditions d'exercice	214 (176 début août 2021)

Source : Extraction ANS sur données ONI/RPPS – novembre 2021

[210] La proportion importante d'IPA ne remplissant pas les conditions d'exercice peut s'expliquer de deux manières : IPA n'ayant pas encore pu fournir leur diplôme officiel ou IPA ne justifiant pas de l'ancienneté nécessaire pour exercer (cf. paragraphe 3.5.1.2.).

[211] Ces chiffres disparates laissent toutefois apparaître une proportion d'IPA libéraux par rapport à l'ensemble assez constante, d'environ 1/6, ce qui correspond au rapport existant entre IDEL et IDE en exercice salarié.

3.2.2 Par-delà des difficultés majeures, des témoignages du terrain qui encouragent à poursuivre le développement de la pratique avancée infirmière

3.2.2.1 Des remontées qualitatives des ARS qui corroborent les difficultés relatées par les professionnels

[212] La mission souligne la qualité des contributions apportées par les ARS en réponse au questionnaire qui leur a été soumis (cf. annexe 4 – Questionnaire aux ARS - infirmiers en pratique avancée). Il est à noter que deux ARS ont réalisé des études multicentriques auprès des acteurs de terrain¹²¹ pour collecter des remontées qualitatives.

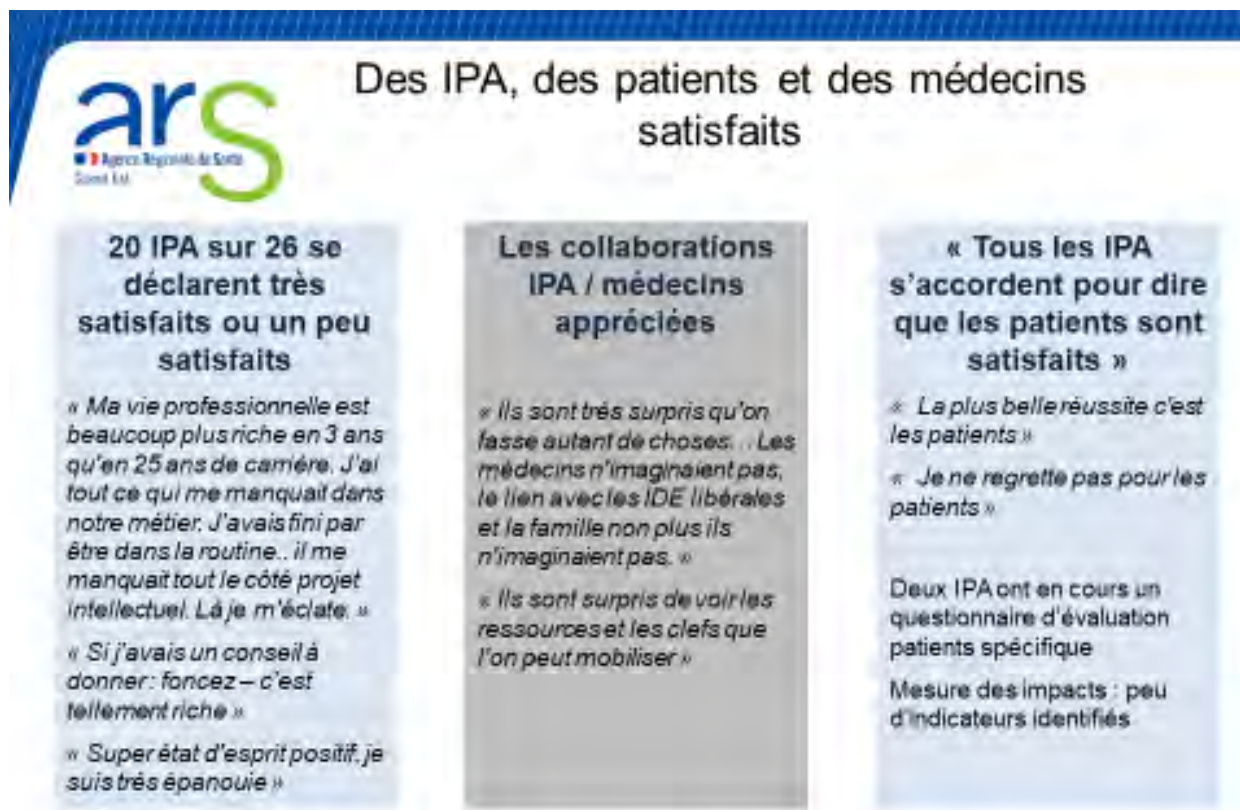
¹¹⁸ L'obligation de l'inscription à l'ONI et la bascule des infirmiers dans le RPPS intervenue au 28 octobre 2021 devraient permettre à terme de disposer de chiffres consolidés. Les infirmiers sont donc désormais identifiés sous un numéro RPPS, et leur autorité d'enregistrement est devenu l'ONI. Les infirmiers n'ont donc plus à se tourner vers l'ARS pour leurs démarches d'enregistrement. Les infirmiers non-inscrits à l'ONI n'ont donc pas de numéro RPPS et n'apparaissent pas dans le référentiel national : l'Annuaire Santé, ce qui est le cas de bon nombre d'infirmiers hospitaliers.

¹¹⁹ A supposer que les IPA diplômés au cours des 3 dernières années soient aujourd'hui en exercice, le total devrait normalement avoisiner 987.

¹²⁰ 704 selon les données transmises par l'ONI en date du 05-11-2021

¹²¹ Des IPA diplômés en 2020 et des directeurs de soins concernés dans le Grand-Est et une étude exploratoire auprès de médecins, encadrants, infirmiers, patients et étudiants en pratique avancée dans la région PACA

[213] Par-delà ces difficultés techniques, les retours d'expérience qu'elles ont pu collecter tant auprès des IPA que des médecins et des patients sont globalement très positifs :



Source : ARS Grand-Est

[214] L'enquête exploratoire conduite en région PACA met toutefois en exergue des risques potentiels liés à la nouvelle organisation des soins et à la sous-utilisation de la fonction infirmière des IPA.

[215] En termes de freins, les ARS relèvent les mêmes difficultés que l'ensemble des acteurs rencontrés par la mission : l'inadaptation du modèle économique libéral et l'absence de modèle médico-économique en établissement ; la méconnaissance de la pratique avancée infirmière ; les difficultés d'accès à la formation ; les difficultés d'implantation sur un territoire.

[216] Anticipant ces difficultés, elles ont mis en place des mesures d'accompagnement notamment pour soutenir les IDE libérales qui souhaitent se former.

Tableau 8 : Aides attribuées par les ARS dans le cadre du soutien à la PAI

	ARA	BRETAGNE	GRAND-EST	NA	HDF	IDF	PACA	NORMANDIE	GUADELOUPE
AIDE FINANCIERE IDE LIBERAUX	10 600€ par an + 1300 euros (participation frais inscription	21 200 €/ an	45 000 EUROS PAR AN	16000 euros/an	10 600 euros pour la 1ère année et 15 900 pour la seconde		10 600€ par année	21 200 Euros par année de formation, sur 2 ans,	21200 euros sur 2 ans
CONTREPARTIE	exercer 2 ans au moins comme IPA au sein d'une structure coordonnée pluri professionnelle de la région.	exercer 2 ans dans le cadre d'un exercice coordonné ou auprès d'un médecin spécialiste en Bretagne					exercer 1 an en PACA, au sein d'une structure d'exercice coordonnée	avec condition de s'installer IPA en Normandie	
NOMBRE D'IDEL bénéficiaire 2021	13 en 2020-2021 / 3 en M1 en 2021-2022		Aucun IPA en libéral en 2020	possibilité de financer 8 IDEL mais seulement 5 (non admission à l'université					
Aide à l'installation		13 500 euros - Si exercice coordonné en zone en sous densité médicale pendant 5 ans. Adhérer projet de santé du territoire, travailler 3 jours par semaine minimum et 50 patients 1ère année /150 minimum à partir 2ème							
ACCOMPAGNEMENT DE L'ARS		Un chargé de mission référent par territoire à l'ARS							
aides aux MSP et CS	PROJET : soutien financier via le FIR pour accompagner les centres de santé (3 à 5 par an) qui envoient des infirmiers en formation IPA pour pallier notamment les frais de remplacement.	13500 euros aux MSP et CS en zone déficitaire en médecins		rémunération des MSU accueillant des IDEL en stage : 6 800 € (idem internes)		Financement du remplacement du professionnel partant en formation, qu'il soit salarié ou libéral depuis 2018			
Autres actions		UN FLYER + VIDEO					cofinancement de 8 postes d'Infirmiers Hospitalo-Universitaires	Convention avec URPS IDE,	
IDE SALARIES		salariés non pris en charge par leur employeur ou demandeurs d'emploi : 5 000 €/année de formation							
SOUTIEN AUX ETABLISSEMENTS		AAP 2021 / 27 établissements : 50% sur le recrutement d'IPA et/ou une aide à l'accompagnement de son intégration au sein des équipes et des organisations	Soutien aux établissements pour les deux premières promotions d'IPA (30000 euros/an)		5 300 euros par salarié et par année de formation	Financement du remplacement du professionnel partant en formation, qu'il soit salarié ou libéral depuis 2018		subvention de 20 000 Euros pour aider à la mise en place d'un projet pluri professionnel avec IPA	

Source : Mission - Enquête auprès des ARS août 2021

[217] Parmi les leviers d'amélioration du dispositif, elles identifient : le développement de champs d'activité qui permettent d'accéder à plus d'autonomie (en zone sous dense et en EHPAD), la valorisation de l'intérêt à agir des médecins, l'élargissement de leurs compétences à la primo-prescription et l'extension de la pratique avancée selon une approche populationnelle en premier recours.

3.2.2.2 Des retours terrains très dépendants des conditions d'exercice

Le point de vue des IPA

[218] Le protocole d'organisation est l'objet de vives critiques de la part de l'ensemble des IPA rencontrés, qui regrettent la *"rigidification extrême de la mise en œuvre de l'exercice en pratique avancée"*¹²². Tantôt à peine remplis, tantôt tellement précis qu'ils s'apparentent à des protocoles de coopération (cf. pièce jointe n°3), ils s'avèrent en pratique, soit peu utiles, soit détournés pour limiter l'autonomie de l'IPA bien au-delà de ce que prévoient les textes. Surtout, le refus de les signer se traduit par une impossibilité d'exercer.

[219] En dépit de ces protocoles, certains médecins méconnaissent par ailleurs le rôle et les compétences des IPA. Plusieurs IPA se sont plaints de la tendance de certains médecins à transformer les missions de l'IPA en fonction de leurs besoins.

[220] Comme on pouvait s'y attendre, plusieurs se plaignent d'importantes difficultés pour construire leur patientèle en libéral, *a fortiori* en exercice isolé. L'une d'entre eux rapporte que les patients ne lui sont confiés que pendant les congés du médecin. Une autre, en MSP, indique qu'une seule des 5 médecins exerçant a accepté de travailler avec elle. Certaines rapportent une perte de patientèle liée au déménagement ou au départ en retraite d'un médecin avec lequel elles travaillaient. Les jeunes médecins qui viennent de s'installer veulent construire leur patientèle et ne souhaitent pas la partager, tandis que les plus âgés se montrent parfois réticents à l'approche de la cession de leur patientèle.

[221] Sur le type de patients confiés, plusieurs IPA notent qu'il ne s'agit pas toujours de patients "simples", ni "stables". Un médecin assume : *"Ce ne sont pas les actes simples qu'il faut déléguer : cela n'a aucune plus-value pour le patient"*, sous-entendant que la plus-value des IPA est d'accorder du temps (que les médecins n'ont pas) aux patients qui en ont le plus besoin. En pratique ce sont plutôt des patients qui présentent un besoin d'accompagnement important et que le médecin n'a pas le temps de prendre en charge lui-même, qui sont confiés à l'IPA : patients présentant des fragilités psychosociales importantes ou avec qui la communication est difficile (problèmes linguistiques, troubles mentaux ou cognitifs...).

[222] L'acceptabilité médicale en ville et à l'hôpital est variable avec parfois une dichotomie entre l'acceptabilité à titre individuel et un blocage de principe de certaines organisations médicales. Des tensions concurrentielles sont rapportées à la mission lors d'un déplacement. Un médecin explique : *"Toute action allant dans le sens de dégager du temps médical génère des craintes de pertes financières pour ceux qui gèrent la complexité."* Les réticences peuvent également survenir de façon plus large parmi les professionnels de santé, de la part des IDEL, qui perçoivent souvent l'IPA comme un superviseur venant empiéter sur leur autonomie, des coordinateurs, qui craignent de se voir concurrencer sur leur propre terrain, ou encore des pharmacies et des laboratoires, où les

¹²² Témoignage d'une IPA : *"Là où on demandait un document validé par l'équipe, on doit rédiger un protocole descriptif précisant des règles de collaboration signé par le médecin et l'infirmier"*

prescriptions d'IPA qui ne sont pas personnellement connues des structures concernées peuvent être refusées.

[223] Des éléments matériels peuvent enfin constituer des freins au développement de la pratique :

- Les difficultés d'accès aux données de santé (certaines IPA sont obligées de se doter de plusieurs licences de SI pour travailler avec des médecins qui ne partagent pas le même système) ;
- Les locaux : *"Il paraît préférable qu'ils soient communs, ce qui pour mon expérience me met en concurrence avec les coordinateurs, assistants médicaux, infirmière ASALEE, médecin remplaçant..."* ;
- Les listes étroites des décrets qui ne correspondent pas au parcours du patient avec pour conséquence des demandes régulières au médecin pour compléter : le patient et le médecin peuvent trouver inutile de recourir à une IPA si cette dernière a peu d'autonomie.

[224] Indépendamment de ces difficultés, le retard dans la publication et dans l'application des textes concernant l'hôpital ont suscité des déceptions pour les jeunes diplômés de 2019, qui n'ont pu exercer pleinement leur fonction avant 2021, tandis que certains d'entre eux ne sont toujours pas nommés (retard dans les concours sur titres)¹²³.

Le point de vue des médecins

[225] Les médecins qui travaillent au quotidien avec des IPA se montrent globalement enthousiastes. Une jeune généraliste exerçant en zone sous-dense¹²⁴ indique : *"Travailler avec une IPA a changé ma vie de MG en territoire sous dense".* Elle a accueilli en stage à la fois des IPA PCS et Santé mentale et vient d'en accueillir une de façon pérenne dans son cabinet. Elle lui a déjà confié plus de 300 patients. *"Elle fait plus qu'un infirmier classique et assure des missions très différentes d'un infirmier, même si elle n'a pas oublié ses compétences antérieures. Il arrive qu'elle m'apprenne des choses et elle assure des bilans que je ne pourrais pas faire sans elle (comme l'évaluation sociale, médicale et psychiatrique des patients et de leur famille)".* Son appréciation est très positive : *"Les IPA n'ont pas toutes les compétences du médecin (elles ne gèrent ni les pathologies aiguës, ni les autres pathologies car elles n'ont pas les bases dans ces pathologies contrairement au médecin) mais elles sont très compétentes sur les pathologies qui sont dans leur champ (tant qu'on reste dans du stabilisé). Je n'ai pas ressenti de manque de compétences. Elles connaissent les classes de médicaments. Après, elles ont besoin d'acquérir, comme les jeunes médecins l'expérience (connaissance des effets secondaires, habitudes de prescriptions forgées au contact des patients)".*

[226] À rebours des craintes exprimées par certaines instances représentatives, les médecins de terrain témoignent : *"Spontanément on a plutôt des infirmières qui se limitent elles-mêmes plutôt que de dépasser leur champ d'intervention."*

[227] Un autre médecin généraliste a souligné qu'il faut *"penser la consultation IPA dans la continuité de la visite du MG. L'IPA gère son domaine mieux que le médecin car elle approfondit et le médecin peut reprendre derrière toutes les demandes périphériques parfois plus complexes à analyser"*

¹²³ Arrêté du 23 décembre 2020 fixant les règles d'organisation générale, la composition du jury et la nature des épreuves du concours de recrutement pour l'accès au corps des auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée de la fonction publique hospitalière

¹²⁴ Avec 3000 patients à elle toute seule dont 1500 nouveaux suite au départ non remplacé d'un autre MG du territoire, elle indique devoir *"dire non 1000 fois par an à des situations critiques car son agenda est plein de consultations programmées en pathologies chroniques"*.

(hiérarchisation des plaintes, communication avec le patient pour structurer dans le temps les différentes plaintes)".

[228] En centre de santé, les équipes médicales constatent "vraiment une amélioration du parcours de soin". La plus-value de l'IPA concerne : "le temps passé avec une approche clinique à l'intérieur du parcours", "le rôle de coordination avec les infirmiers (cela soulage le médecin)" et "l'appui clinique sur la coordination ville-hôpital". Le propre de l'IPA est "la pathologie stabilisée (les médecins gèrent le non-stabilisé) et la visite à domicile". "Les praticiens ne se sentent pas démis de leur qualité de médecin mais au contraire considèrent leur prise en charge du patient comme enrichie".

[229] Auprès de populations très éloignées du soin, l'IPA peut jouer un rôle "d'aller-vers" car elle a plus de temps, et est plus mobile que les médecins. Alertée sur une personne en difficulté par un tiers, elle peut profiter d'une première visite à domicile pour faire un état des lieux (santé et social) et lancer toutes les démarches parallèles dont a besoin le patient pour être pris en charge par le médecin.

[230] Un médecin remarque : *"On observe de plus en plus de burn-out chez les MG : l'IPA allège la charge mentale des MG et les soulage de l'inquiétude de passer à côté de quelque chose. Cela améliore fortement la qualité de vie des MG"*.

3.3 Le modèle économique : un sous-dimensionnement qui prive de soutenabilité l'exercice en pratique avancée

3.3.1 Les IPA en libéral : un modèle économique qui fait l'unanimité contre lui

3.3.1.1 Revoir la rémunération des IPA en libéral : un impératif de survie économique

[231] L'avenant 7 à la convention nationale des infirmiers libéraux, relatif à l'exercice infirmier en pratique en avancée (IPA), signé en novembre 2019, spécifie pour l'exercice libéral infirmier les modalités d'exercice professionnel ainsi que celles liées à la valorisation associée.

La rémunération des IPA en libéral résulte d'un forfait versé pour chaque patient délégué. Celui-ci s'élève à 177 euros et comprend l'équivalent de 4 consultations trimestrielles. Des forfaits sont ainsi créés :

- Le forfait d'éligibilité : 20 € par patient facturable une fois lors du premier contact ;
- Le forfait initial : 58,90 € par patient facturable chaque année si le suivi est supérieur à un an
- Le forfait de suivi : 32,70 € facturable trimestriellement à la suite du premier trimestre de prise en charge, soit trois mois après le deuxième forfait.

Ce forfait a été évalué suite à une négociation qui a tenté de dessiner les contours de l'activité d'une profession qui n'exerçait pas encore, dans le cadre déjà délimité de l'enveloppe des infirmiers libéraux. La CNAM s'est basée sur un effectif moyen de début d'exercice de 300 patients fondé sur la perspective d'une collaboration effective de chaque IPA avec environ 5 médecins. Les revenus à venir ont été évalués par une simple multiplication du montant du forfait esquissé par le nombre de patients : 177x300, c'est-à-dire 53 100 euros, sur lesquels doivent être prélevés les frais de fonctionnement et cotisations sociales. Dans les projections de la CNAM, la rémunération se situerait autour de 3 300 euros nets par mois, très loin donc des 1 000 € nets qui nous ont été cités lors des auditions de professionnels.

[232] Cette rémunération ne fonctionne pas tout à fait comme un forfait : si le patient est vu plusieurs fois dans le trimestre, cela ne donne pas lieu à versement supplémentaire (ce qui correspond au principe d'un forfait) mais si le patient n'est pas vu pendant un trimestre, il n'y a pas de versement. La HAS ayant évalué le besoin moyen annuel de consultations à 4 pour les patients chroniques, ce versement trimestriel introduit une confusion, donnant le sentiment d'une rémunération à l'acte déguisée. Surtout, cette trimestrialisation des versements rigidifie les modalités de travail avec les patients et les possibilités de rémunération. L'IPA ne peut donc pas toucher plus que le forfait prévu par patient mais peut toucher moins si le patient ne vient pas au moins une fois par trimestre. Ainsi, le calcul initial de la rémunération moyenne est erroné puisqu'il se fonde sur l'hypothèse d'un versement effectif de l'intégralité du forfait pour chaque patient, ce qui ne sera pas nécessairement le cas. De plus les 20 euros de forfait éligibilité ne seront versés qu'à la première visite. Le forfait de suivi d'un patient s'élève en réalité à 157 euros annuels.

[233] Après ces deux premières années d'exercice, la mission note que le nombre de patients confiés a été largement surestimé sans tenir compte des difficultés à se constituer une patientèle face aux réticences des médecins et à la méconnaissance de cette profession. Le nombre de consultations par patient a lui été sous-estimé. L'hypothèse de départ se fondait sur une délégation de patients "simples", stabilisés, alors que les IPA reçoivent en réalité les patients non pas nécessairement complexes en termes médicaux mais qui demandent un accompagnement important : difficultés d'observance, besoins d'éducation thérapeutique renforcés, situations sociales complexes.... Ce qui démultiplie les besoins de consultations.

[234] Une IPA nous déclare qu'elle voit certains patients huit fois dans l'année mais quatre fois sur le premier trimestre car le besoin de plus de suivi est plus important au début. En conséquence, elle ne pourra peut-être pas déclarer les deux derniers trimestres si elle ne revoit pas les patients au bon moment, à la bonne fréquence.

[235] Il a d'emblée été prévu que les IPA gagnent moins que les IDEL, cette perte de rémunération étant compensée, en termes d'attractivité, par un gain en qualité de vie, avec l'idée qu'ils effectueraient moins ou pas de déplacements, d'horaires décalés ou de travail les week-ends et jours fériés. Les majorations de nuit, dimanche et jours fériés ne sont d'ailleurs pas applicables. Seules les majorations liées à l'âge sont autorisées (moins de 7 ans et plus de 80 ans) et valorisées à hauteur de 3,90 euros. Les frais de déplacement sont en principe facturables à chaque déplacement mais dans la pratique, pour coter un déplacement via le code prestation IFI (avec IK éventuelles), celui-ci doit être associé à un acte, ce qui est possible lors de la première visite trimestrielle qui donne lieu au versement du forfait, mais pas lors des autres passages du même trimestre puisqu'aucun acte n'est alors associé.

[236] La montée en charge liée à la création d'une patientèle, *a fortiori* dans un contexte de forte dépendance aux médecins, n'a que peu été prise en compte, si ce n'est dans le versement d'une aide à l'installation, elle-même très fortement conditionnée. En effet, cette aide d'un montant de 27 000 euros est versée sur les deux premières années d'exercice à la condition que cet exercice soit exclusif¹²⁵. Le versement de cette aide s'établit en deux fois :

- 17 000 euros la première année si l'IPA a suivi au moins 50 patients ;
- 10 000 euros la deuxième année si l'IPA a suivi au moins 150 patients.

¹²⁵ Il peut être associé à un exercice salarié en structure de soins mais hors salariat de professionnels libéraux ou de sociétés d'exercice libéral.

[237] La patientèle ne doit pas non plus dépasser 300 patients. En effet, la CNAM considère qu'au-delà de ce seuil, l'exercice est économiquement viable et que l'aide n'est pas due.

[238] Enfin, toute l'activité de coordination, de recherche/formation et d'évaluation des pratiques au cœur de la pratique avancée n'a pas de valorisation spécifique et est comprise dans le forfait.

[239] Bien que les décisions relatives aux éléments de la rémunération des IPA exerçant en libéral relèvent de négociations de l'avenant 7 de la CNAM, la mission suggère une refonte des différents paramètres.

[240] Il est tout d'abord important de redonner du sens à la notion de forfait qui est, à l'heure actuelle, assimilé par les professionnels à un paiement à l'acte du fait de ses conditions de versement. Il s'agit ainsi de répondre aux problèmes de fréquence et de nombre de consultations par patient et de les lisser par semestre, les recommandations de la HAS se basant sur des moyennes annuelles. Les IPA participant à l'atteinte des objectifs de santé publique, la mise en place d'une ROSP permettra à la fois le suivi des indicateurs et une traçabilité des suivis ainsi qu'une valorisation du travail des IPA à l'atteinte de ces objectifs.

[241] La mission préconise donc les mesures suivantes :

1. Maintien des forfaits éligibilité et première consultation ;
2. Augmentation du montant du forfait de suivi ;
3. Versements semestriels – et plus trimestriels - de la moitié du forfait dès la première consultation semestrielle ;
4. Mise en place d'une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP – voir explications en pièce jointe n°4) notamment sur les critères de suivi de pathologies chroniques, prévention et efficience des prescriptions tels que définis pour les médecins (avec nécessité d'un accès à la partie déclarative ROSP sur le site Ameli pro) ;
5. Prévoir une cotation hors versement forfaitaire pour permettre la facturation des déplacements et assurer une modalité de traçabilité de l'activité, notamment pour dénombrer les consultations et permettre une évaluation des besoins de suivi ;
6. Revoir les conditions d'octroi du forfait installation : conserver les conditions de pratique exclusive et de poursuite de l'activité mais assurer le versement de l'intégralité du montant annuel (pas de fractionnement par semestre ou par année) et supprimer la condition du nombre de patients la deuxième année.

Recommandation n°8 Mieux rémunérer les IPA libérales et redéfinir à cet effet le dispositif conventionnel mis en place pour leur rémunération et les conditions d'octroi du forfait installation.

3.3.1.2 Valoriser l'implication des médecins

[242] L'activité des IPA en libéral dépend très largement de la volonté des médecins de leur confier une partie de leur patientèle. Une fois cette délégation mise en place, les médecins verront donc leurs patients malades chroniques stabilisés moins souvent mais pour des consultations plus longues, *a fortiori* pour la consultation annuelle de synthèse qui n'est actuellement pas valorisée, en tant que telle. Pour certains, la baisse de revenus potentielle peut paraître dissuasive. La mission préconise donc de :

- Tenir compte du besoin du médecin de passer plus de temps avec son patient s'il le voit moins régulièrement.

Recommandation n°9 Expertiser la création d'une consultation médicale annuelle de synthèse pour les patients suivis par une IPA pour des pathologies chroniques stabilisées.

- Rémunérer le temps de coordination (tenue à jour d'un dossier patient partagé, échanges téléphoniques avec l'IPA...) pour les médecins impliqués selon la modalité d'exercice.

Pour ce faire, la mission envisage deux hypothèses :

- Verser une ROSP complémentaire sur la part de patients en ALD délégués à un IPA : majorer les points attribués pour chaque indicateur pertinent ;
- Majorer le forfait patientèle médecin traitant pour chaque patient confié, par exemple en s'inspirant de ce qui est mis en place pour le suivi des patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (cf. pièce jointe n°4).

Depuis le 1er janvier 2018, le forfait patientèle médecin traitant ("FPMT"), défini à l'article 15.4.1 de la convention nationale des médecins, se substitue aux différentes rémunérations forfaitaires (MPA, FMT, RMT), ainsi qu'à la valorisation prévue pour l'établissement du "volet de synthèse médicale" des patients, qui était incluse dans la ROSP. Le forfait FPMT bénéficie à l'ensemble des médecins libéraux conventionnés et déclarés comme médecins traitants, quelle que soit leur spécialité médicale.

Il est réservé aux médecins exerçant dans le secteur à honoraires opposables (secteur 1) et à ceux ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Optam et Optam-CO).

La méthode de calcul suit 2 règles :

Ce forfait est calculé annuellement (pour chaque année) sur la base de la patientèle "médecin traitant" observée au 31 décembre de l'année précédente ;

Le FPMT est apprécié selon le nombre de patients ayant déclaré ce médecin traitant et en tenant compte de leurs caractéristiques au regard de leur âge et de leur pathologie.

[243] Une majoration existe déjà pour la part de patientèle bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire (ex CMU-C et ACS).

[244] Cette majoration intervient lorsque la part de patients bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire du médecin traitant est supérieure au taux moyen national. Elle correspond à la moitié de la différence entre le taux national et le taux constaté pour la patientèle médecin traitant du médecin (plafonnée à 25 %) ¹²⁶.

¹²⁶ <https://www.ameli.fr/paris/medecin/exercice-liberal/remuneration/dispositif-medecin-traitant/forfait-patientele>

[245] Une majoration fonctionnant sur un principe similaire pourrait être mise en place pour valoriser la part de la patientèle malades chroniques suivies par l'IPA.

[246] Une analyse des conséquences techniques de mise en œuvre de chaque hypothèse devra être réalisée par la CNAM afin de déterminer la modalité de rémunération du temps de coordination la plus opérationnelle et adaptée.

Recommandation n°10 Rémunérer le temps de coordination du médecin avec l'IPA

3.3.2 Les IPA à l'hôpital : un impensé statutaire et économique

[247] A l'hôpital, les enjeux financiers relatifs aux IPA sont multiples. Ils concernent là encore le niveau de rémunération des professionnels mais également le modèle économique de l'établissement :

Rémunération

[248] La rémunération des IPA à l'hôpital pose également problème. Là encore, elle n'est pas à la hauteur de l'implication des professionnels et de leur niveau de qualification. En effet, le reclassement indiciaire à l'échelon égal ou immédiatement supérieur étant la règle dans la fonction publique, la rémunération de la plupart des IPA n'a pas augmenté lors de leur changement de statut.

[249] De nouvelles grilles indiciaires ont été élaborées et publiées le 29 septembre dernier, ce qui a permis de régler certains écueils liés par exemple à l'ancienneté nécessaire dans le grade pour passer au grade supérieur. Toutefois, l'absence de régime indemnitaire explique la stagnation de la rémunération des IPA par rapport à leur rémunération antérieure. Or cette situation est relativement inédite dans la fonction publique pour un diplôme à bac +5. De plus, la valorisation de la participation des infirmiers à des protocoles de coopération au travers du versement d'une prime de 100 euros bruts par mois rend cet exercice plus attractif, alors même que la qualification et l'autonomie du professionnel ne sont pas de même nature. De telles comparaisons ne peuvent que susciter une grande incompréhension.

[250] La mission a souhaité comparer les rémunérations, actuellement structurées comme suit :

Tableau 9 : Tableau comparatif de la rémunération des IDE et IPA à l'hôpital public

	IDE	IPA
Traitement indiciaire	Grille indiciaire comportant 2 classes (CN et CS) IM 390-> IM 722	Grille indiciaire comportant 2 classes (CN et CS) IM 445-> IM 764
grades	2 (grades 1 et 2)	2 Grades 2 et 3
Primes	Prime Veil : 90 euros bruts Indemnité de sujétion spéciale : 13/1900 ^e du traitement indiciaire brut annuel	Prime Veil : 90 euros bruts Indemnité de sujétion spéciale : 13/1900 ^e du traitement indiciaire brut annuel
NBI statutaire ¹²⁷	Selon contexte	non
Eligibilité autres primes (relatives aux conditions de travail, heures supplémentaires, travail de nuit...)	oui	non

Source : Source : mission

[251] Ainsi, selon la spécialité et le contexte d'exercice, certains infirmiers cumulent primes et NBI alors même que les IPA ne peuvent prétendre actuellement à aucun de ces dispositifs.

[252] La mission propose la création d'un régime indemnitaire pour les IPA, en ciblant une harmonisation pour l'ensemble des auxiliaires médicaux de grade master. Elle préconise également que les majorations pour le travail de nuit, les week-ends et jours fériés soient autorisées afin de faciliter l'organisation du travail en équipe (notamment pour les IPA urgences).

[253] L'absence de grille *ad hoc* dans la fonction publique territoriale ou de cadre d'emplois équivalent est également un facteur de découragement pour l'ensemble des professionnels qui ne se voient, en conséquence, même pas appliquer les nouvelles grilles de rémunération.

Recommandation n°11 À l'hôpital, créer un régime indemnitaire pour les infirmiers en pratique avancée, avec un objectif d'harmonisation pour l'ensemble des auxiliaires médicaux de grade master

Financement de l'activité des IPA

[254] Le financement de l'activité de l'IPA à l'hôpital dépend de son contexte d'intervention. Concernant la prise en charge de patients hospitalisés, l'activité est financée dans le cadre des forfaits hospitalisation PMSI/GHS.

[255] En revanche, lorsque l'IPA effectue une consultation externe, pour un patient en ambulatoire, aucune facturation n'est possible, l'avenant 7 ne s'appliquant pas aux IPA salariés. Or, à terme, les projections estiment que les consultations externes représenteront entre 60 et 70 % de l'activité en pratique avancée.

¹²⁷ Il existe 2 types de NBI : NBI attribuée en fonction du grade (statutaire) et NBI attribuée en fonction de l'emploi (exemple: fonctions d'encadrement).

[256] Les études médico-économiques des centres hospitaliers ont évalué non le nombre de consultations mais le temps annuel moyen nécessaire à la prise en charge d'un patient qui s'élève à 8-10 heures/an/patient.

[257] Cette situation aboutit à des situations très hétérogènes résultant de négociations au cas par cas avec les CPAM, certaines acceptant d'appliquer l'avenant 7 aux IPA salariées quand d'autres s'y refusent. L'autonomie des CPAM rend par ailleurs toute régulation difficile en l'absence de solution effective. Certains établissements sont tentés de coder des consultations médicales "sous couvert"...

[258] La mission préconise donc de créer une catégorie d'ACE¹²⁸ pour les IPA.

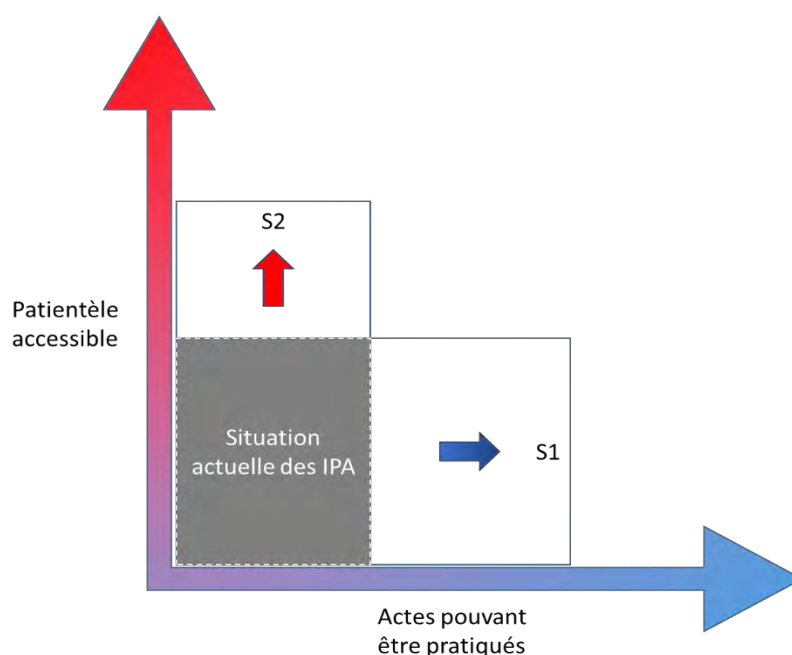
Recommandation n°12 Mettre à jour les référentiels d'actes et consultations externes (ACE) à l'hôpital en intégrant l'activité des IPA.

3.4 La nécessité d'assouplir les limites originelles relatives à la prescription et à l'accès

[259] Les obstacles rencontrés par les IPA libéraux pour acquérir une patientèle rendent l'exercice IPA en libéral trop peu attractif par rapport à un exercice en tant qu'IDEL ou en tant qu'IPA salarié. De nombreux IPA libéraux envisagent d'ores et déjà de renoncer à leur exercice en tant que tel. C'est pourtant en ville que les IPA, destinés à assurer le suivi au long cours de patients atteints de maladies chroniques, ont le plus vocation à exister.

[260] Pour rendre viable l'exercice en ville des IPA, la mission identifie deux leviers principaux :

Schéma 5 : Schématisation des leviers d'élargissement de l'activité des IPA libéraux.



Source : Mission

¹²⁸ Les actes et consultations externes correspondent à l'ensemble des prestations référencées dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) : consultations, biologie, soins infirmiers ainsi que les éventuelles majorations (nuit et jour férié) qui peuvent s'appliquer ; la classification commune des actes médicaux (CCAM) : imagerie, échographies, actes techniques médicaux, chirurgie... ; les forfaits techniques de radiologie (FTN).

L'élargissement des actes et prescriptions que les IPA peuvent réaliser :

[261] La pratique avancée, telle qu'elle est définie dans la loi (cf. pièce jointe n°5), ne permet de primo-prescrire que des produits de santé non-soumis à prescription médicale obligatoire et certains examens complémentaires. Elle n'autorise que le renouvellement et l'adaptation des prescriptions médicales. Ceci est adapté pour les traitements pris au long cours par leurs patients malades chroniques mais ne permet pas des prescriptions médicales plus ponctuelles que nécessite pourtant la prise en charge globale des patients, telles que : prescriptions de transport, avis d'arrêt de travail, examens complémentaires, appareillage, soins de rééducation, soins infirmiers, antalgiques tels que le paracétamol et traitements de certaines affections intercurrentes étudiées en formation initiale et soulevées par leur patient dans le cadre de leurs consultations de suivi programmées.

[262] Il est difficile pour les patients actuels des IPA de comprendre que ces derniers ne puissent pas réaliser certaines ordonnances que réalisaient jusqu'à présent leurs médecins en marge de leurs consultations de suivi.

[263] L'assouplissement des droits de prescriptions des IPA éviterait des retours peu justifiés et coûteux vers le médecin, qui donnent une mauvaise perception du rôle de l'IPA à leurs patients et peuvent les amener à renoncer à être suivi par eux.

[264] Cette option se heurte cependant à plusieurs difficultés :

- L'ouverture de ces droits nécessite des évolutions législatives qui touchent à la fois le code de la santé publique¹²⁹, le code de la sécurité sociale¹³⁰ et des modifications conventionnelles voire des ajustements d'autorisations de mise sur le marché définies par l'ANSM, qui ne prévoient pas les IPA parmi les professionnels habilités à prescrire. Ces modifications prennent du temps et comportent un certain degré d'incertitude, dans la mesure où elles ne dépendent pas que de décisions gouvernementales¹³¹.
- Dans l'attente de telles évolutions, le recours à des protocoles de coopération nationaux déjà existants ou à des protocoles locaux à venir pourrait offrir une solution adaptée aux besoins de certaines équipes. Toutefois, cela implique des formations complémentaires potentiellement redondantes par rapport à la formation IPA et chronophages, dans un contexte où les IPA libéraux peuvent manquer de disponibilité et de moyens pour le faire. Par ailleurs, les protocoles nationaux déjà existants désignent les IDE comme délégués potentiels mais pas les IPA, ce qui laisse un doute sur leur éligibilité juridique pour y adhérer. En outre, cette solution de repli implique la volonté explicite des médecins partenaires de l'IPA d'adhérer eux-mêmes au protocole, ce qui peut ajouter des réticences des deux côtés. Enfin, pour certains protocoles, le financement n'est prévu que dans le cadre de structures pluri-professionnelles. Il ne peut donc s'agir que d'une solution transitoire.

[265] La mission recommande toutefois d'engager les démarches nécessaires, sous les conditions suivantes :

- L'ensemble de ces interventions devra être signalé au médecin traitant ;
- Resterait exclue toute intervention risquant d'interférer avec la stratégie thérapeutique établie par le médecin traitant au profit du patient.

Recommandation n°13 Assouplir les droits de prescription des IPA : ouvrir dès que possible par voie législative la possibilité de primo-prescrire certains produits de santé et prestations à prescription médicale obligatoire, en en fixant la liste par voie réglementaire et conventionnelle. En attendant et par défaut, mettre en place des protocoles de coopération dédiés aux IPA pour le permettre au plus tôt.

¹²⁹ L'art L4301-1 ne prévoit la primo-prescription que pour des produits et prestations non-soumises à prescription médicale obligatoire.

¹³⁰ Les règles de prescription des bons de transport et arrêts de travail désignent uniquement les médecins comme prescripteurs au niveau législatif. L162-4-1 et R322-10-2 du CSS.

¹³¹ Certains amendements au PLFSS 2022, déposés par le gouvernement prévoyaient l'ouverture de la primo-prescription aux IPA. Ceux-ci ont été écartés pour des raisons techniques, en application de l'article 40 de la constitution. De façon surprenante eu égard à ce motif, les amendements parlementaires, portant les mêmes dispositions mais à titre expérimental et limité à certains territoires ont été jugées recevables. La mise en œuvre globale de ce projet est donc repoussée à l'émission d'un nouveau projet de loi ad hoc mais une première expérimentation pourrait à ce jour exister dès 2022. Son évaluation devrait permettre de rassurer l'ensemble des acteurs et de fournir les arguments nécessaires à sa prochaine généralisation.

L'élargissement de la patientèle potentielle et l'assouplissement des conditions d'accès de celle-ci à l'IPA

[266] L'une des difficultés majeures rencontrées par les IPA réside dans l'insuffisance du nombre de patients confiés par les médecins et la difficulté pour les IPA libéraux de trouver des médecins volontaires pour collaborer avec eux. La situation de dépendance entre le médecin et l'IPA, qui découle dans les textes actuels de la notion de "patient confié" détaillée plus haut, est un défaut majeur de conception du dispositif. Cette disposition, qui contrevient, comme on l'a vu, au principe de libre choix du patient, doit être au plus vite rectifiée.

[267] Cette disposition peut être modifiée simplement au niveau réglementaire. Elle demeure conforme à l'art L162-12-2 du code de la sécurité sociale exposant les principes du parcours coordonné, qui gagnerait toutefois à être à terme modifié pour insérer plus visiblement l'IPA dans le parcours de soins.

[268] La simple suppression de la notion de patient confié permettrait à des patients déjà diagnostiqués pour leur maladie chronique :

- de continuer à être adressés vers un IPA par leur médecin traitant, si celui-ci considère cela comme pertinent et a déjà l'habitude de travailler en coopération avec l'un d'entre eux, mais en conservant la possibilité s'ils le désirent de consulter plutôt un autre IPA ;
- de demander eux-mêmes un suivi par un IPA à leur médecin traitant même si celui-ci ne travaille encore avec aucun IPA ;
- de conserver leur suivi par le même IPA s'ils décident de changer de médecin traitant.

[269] Elle permettrait aussi juridiquement au patient d'aller consulter l'IPA directement, même si, dans ce cas, la consultation d'éligibilité ne bénéficiera pas de la prise en charge associée au parcours coordonné. Cette première consultation pourra être l'occasion d'une mise en lien à l'initiative de l'IPA avec un médecin afin de rentrer dans un parcours coordonné.

[270] La connaissance de la possibilité de recourir à un IPA dans cette hypothèse pourrait être facilitée :

- par la réalisation de campagnes d'information réalisées au niveau territorial (démarche des ARS ou collectivités territoriales) et par l'édition de mailings ciblés de la CNAM auprès de l'ensemble des patients en ALD ;
- par la possibilité pour un autre professionnel que leur médecin traitant, comme par exemple un spécialiste qui assure une partie de leur suivi, de recommander aux patients et à leur médecin traitant un suivi auprès d'un IPA.

[271] Un rappel auprès des médecins généralistes de l'obligation qui porte sur eux d'informer le patient de l'ensemble des options de suivi possibles serait également facilitant.

[272] Enfin, cela ne signifie pas pour autant nécessairement la suppression des protocoles d'organisation, dont l'élaboration pourrait être effectuée *a posteriori*, après prise de contact obligatoire de l'IPA avec le médecin traitant à l'issue de la consultation d'éligibilité. Si le patient ne dispose pas de médecin traitant, l'IPA peut l'orienter vers des médecins susceptibles de les suivre, notamment ceux avec lesquels il dispose déjà d'un protocole d'organisation.

Recommandation n°14 Supprimer dans les décrets de compétence et d'actes des IPA ainsi que dans la convention nationale infirmière (Titre 3 art 16) la notion de "patient confié par le médecin" au profit d'une simple recommandation de suivi voire un adressage, similaire à celui pratiqué entre médecins, dans le respect des modalités classiques d'un parcours coordonné.

3.5 Des modalités de mises en œuvre à revoir en matière de formation et d'accompagnement à l'installation

3.5.1 Une adaptation nécessaire du dispositif de formation

[273] La formation a été mise en œuvre en septembre 2018 par trois universités ayant mis en place des masters préfigurateurs de la formation en pratique avancée et une dizaine d'autres universités, qui ont saisi l'opportunité de proposer cette formation la même année que la publication des décrets et arrêtés créant les différentes mentions d'IPA. Depuis, progressivement, toutes les universités sont accréditées ou co-accréditées pour délivrer la formation d'IPA.

Tableau 10 : Universités accréditées pour dispenser la formation d'IPA 2018-2020

Universités accréditées pour dispenser une formation d'IPA	Mentions 2018	Mentions 2019	Mentions 2020
Nombre d'universités accréditées	16 universités en 2018	12 nouvelles universités en 2019	3 nouvelles universités en 2020
TOTAL des universités accréditées en 2020	30		

Source : DGESIP

[274] Les critères de choix des universités sont notamment relatifs aux mentions proposées, aux modalités pédagogiques (temps plein, temps partiel), à leur notoriété et au coût de la formation.

[275] Selon les données transmises par le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (MESRI), la majorité des candidats est en formation professionnelle et une minorité en formation initiale¹³². Les secteurs d'exercice sont diversifiés mais la plupart proviennent d'établissements sanitaires et du libéral. D'autres, dans une moindre mesure, proviennent de lieux d'exercice collectif (MSP, centres de santé) et d'EHPAD.

¹³² continuité de la formation IDE

Tableau 11 : Origine du public accueilli en 1^{ère} année 2020-2021

Effectifs accueillis en 1 ^{ère} année TOTAL					
Accès après le diplôme d'IDE	Avec années d'exercice en tant qu'IDE				
	Exercice hospitalier	Exercice libéral	Exercice maison de santé	Autre	
10**	480**	107**	60**	10**	730
*Total des effectifs en 1 ^{ère} année ** Chiffres partiels : certaines universités n'ont pas précisé l'origine du public					

Source : DGESIP/mission

[276] La durée de la formation a été fixée à deux années, organisées en 4 semestres, validés par l'obtention de 120 crédits européens¹³³ (ECTS). Les deux premiers semestres constituent un tronc commun, le choix de la mention intervient à l'issue de cette première année. Les deux semestres de la seconde année correspondent à des enseignements spécifiques à la mention choisie (article 9 de l'arrêté du 18 juillet 2018).

[277] L'arrêté du 12 août 2019 a modifié les articles 2 et 3 de l'arrêté du 18 juillet 2018 pour ajouter l'accès (uniquement en 1^{er} semestre) au DEIPA, mention psychiatrie et santé mentale, aux titulaires du diplôme d'État d'infirmier de secteur psychiatrique.

[278] Sur le plan du contenu, la formation permet d'acquérir de nouvelles notions en sémiologie et en clinique, le développement du raisonnement clinique ainsi que la connaissance du système de santé¹³⁴. Selon des responsables pédagogiques¹³⁵, *"Les stratégies d'enseignement reposent sur le développement de six compétences essentielles : les pratiques cliniques de base, la collaboration, l'orientation et le coaching, les soins fondés sur les preuves, la prise de décision éthique, la consultation et le leadership, grâce auxquelles l'expertise de l'IPA est mise en relief."* Une place importante est réservée à l'étude de la physiopathologie, de la pharmacologie et des complications possibles, pour donner aux IPA les fondamentaux en termes de prescription et de suivi de pathologies chroniques stabilisées mais parfois complexes. Des équipes d'enseignants insistent également sur l'importance des sciences infirmières, du travail sur la posture professionnelle, la collaboration pluri professionnelle, et le leadership infirmier,

3.5.1.1 L'accompagnement à l'entrée en formation

Étendre les dispositifs de prise en charge des coûts

[279] Selon les données recensées par la DGESIP, sur 730 IPA en formation en 2021, 480 (66 %) étaient auparavant en établissements de santé, 107 (15 %) en exercice libéral, et 60 (8 %) en maisons de santé.

¹³³ Décret n°2018-633 du 18 juillet 2018, art. D. 636-75 du Code de l'Éducation. Le Système Européen de transfert d'unités de cours capitalisables (European Credit Transfer System - ECTS) définit une échelle commune permettant de mesurer, en unités de cours capitalisables, la charge de travail requise pour accomplir des unités de cours.

¹³⁴ Entretien de la mission avec des professionnels engagés dans la formation IPA au niveau universitaire.

¹³⁵ Stephan Aguilard, Sébastien Colson, Karen Inthavong "Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature" Santé Publique 2017/2 (Vol. 29), pages 241 à 254

[280] Aux sources de ces différences se trouve le coût de la formation continue : à titre indicatif, à Sorbonne université, si l'inscription en formation initiale ne coûte que 243 €, l'inscription en formation continue va de 1 400 € par année (prise en charge individuelle) à 5 000 € (prise en charge institutionnelle).

[281] Pour les infirmiers libéraux, non seulement les coûts pédagogiques sont à leur charge mais la formation se traduit souvent par deux années d'activité réduite (les formations à temps plein n'étant pas soutenables les concernant) avec une baisse très significative de leurs ressources, particulièrement pendant les stages. La plupart des ARS ont mis en place des aides financières dont le montant s'élève en général à 10 600 euros par an avec une participation aux frais d'inscription. Ceci n'est cependant pas suffisant pour compenser la perte de revenu. Certaines doublent ce montant ou versent une aide complémentaire au moment de l'installation, qui, contrairement à celle versée par la CPAM, ne se limite pas aux installations en exercice exclusif.

[282] Pour les infirmiers salariés, les frais d'inscription et le maintien de rémunération peuvent être pris en charge par l'employeur. Cependant, ces financements sont trop lourds pour certains établissements, notamment les petits centres hospitaliers et les établissements médico-sociaux, et ce d'autant plus s'ils doivent embaucher pour compenser les longues vacances d'emploi qui en découlent.

[283] Les établissements peuvent bénéficier du dispositif des études promotionnelles financées par l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitaliers (ANFH) qui rembourse le traitement à l'établissement. Ces financements ne concernaient en 2018 que 52 agents mais 270 agents ont pu être financés en 2019 et 625 en 2020¹³⁶ :

Tableau 12 : Agents en cours d'études promotionnelles 2016/2020

DIPLOMES	2016	2017	2018	2019	2020	EVOLUTION 2020/2019
DE INFIRMIER	6 849	6 460	6 320	6 085	6 518	+7,1%
DEAS	3 334	3 277	3 258	3 353	3 729	+11,2%
DIPLOME CADRE DE SANTE	2 095	1 919	1 832	1 956	1 963	+0,4%
DE IBODE	647	832	995	1 040	1 144	+10,0%
DE INFIRMIER ANESTHESISTE	1 129	1 129	1 166	1 141	1 133	-0,7%
DE IPA			52	270	625	+131,5%
AUTRES	3 290	3 560	3 425	3 315	3 402	+2,6%
TOTAL	17 344	17 177	17 048	17 160	18 514	+7,9%

Source : Rapport IGAS M2021-047 - Evaluation de la formation continue dans la fonction publique hospitalière

[284] En complément de ce financement, certaines ARS ont mis en place des soutiens (financement total ou partiel du coût du remplacement de l'IDE parti en formation ; subvention pour aide à la mise en place d'un projet IPA...)¹³⁷. C'est le cas de cinq des neuf ARS répondantes. Ce financement n'est toutefois pas prioritaire face aux besoins de formation sur les métiers "en tension". Le nombre de prises en charge est donc limité.

¹³⁶ Rapport IGAS M2021-047 - Evaluation de la formation continue dans la fonction publique hospitalière (Olivier Laboux, François Maury, Cédric Puydebois)

¹³⁷ Circulaire N° SG/2020/65 du 21 avril 2020 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional relatif "au soutien financier du développement des infirmiers en pratiques avancées, pendant les périodes de formation des étudiants concernés, afin de permettre à cette nouvelle fonction intermédiaire de prendre sa place dans le parcours de soins des personnes présentant, notamment, des pathologies chroniques stabilisées".

Recommandation n°15 Élaborer un plan national de financement de la formation continue, prioritairement ciblé sur les infirmiers libéraux et les salariés des petits établissements sanitaires et médico-sociaux, pour faciliter l'accès au diplôme d'IPA.

Préparer les professionnels à la sélection et à la reprise d'études

[285] Rapidement, la difficulté pour les IDEL d'accéder financièrement à la formation s'est doublée d'une difficulté à passer le cap de la sélection à l'université. Certaines ARS, en lien avec l'université, proposent de financer la préparation des IDEL.

[286] Pour les salariés comme les libéraux, l'accompagnement par l'entourage professionnel est important afin de lutter contre l'auto-censure et de prévenir l'éviction des professionnels les plus expérimentés n'ayant pas d'expérience universitaire préalable.

3.5.1.2 Un développement du DEIPA en formation initiale qui interroge

[287] Le DEIPA¹³⁸ est accessible en formation continue mais aussi en formation initiale (art. D. 636-78 du code de l'éducation). Selon l'association nationale française des infirmiers en pratique avancée (ANFIPA), 65,5 % de l'offre (505 places sur 770) est possiblement ouverte à la "formation initiale".

[288] Initialement, seul l'accès en formation continue était envisagé. Un mouvement étudiant de contestation de la loi "Orientation et réussite des étudiants" (ORE)¹³⁹, rejoint par la fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (FNESI), aurait constitué la raison¹⁴⁰ de l'ouverture du DEIPA à des infirmiers en formation initiale.

[289] L'exercice en pratique avancée reste cependant conditionné à une expérience professionnelle antérieure. L'étudiant ayant suivi les trois années de DE puis les deux années DEIPA devra donc d'abord travailler trois années en tant qu'IDE socle avant de pouvoir exercer en tant qu'IPA. La circulaire de la CNAM de janvier 2020, qui a pour objet la présentation de l'avenant n°7 à la convention nationale des infirmiers, confirme cette obligation, semblant ignorer l'existence de jeunes diplômés IPA sans expérience professionnelle antérieure¹⁴¹.

[290] Toutes les universités n'autorisent pas l'inscription au DEIPA en formation initiale. Selon la DGESIP, seuls 10 étudiants sur 730 en première année en 2020-2021 provenaient directement de la formation initiale. Selon le CNP IPA, l'expérience professionnelle infirmière moyenne avant formation à la pratique avancée est de 15 ans¹⁴².

¹³⁸ Les conditions d'accès sont définies par l'art. D. 636-77 du code de l'éducation et par l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée (art. 2).

¹³⁹ Le premier objectif de cette loi est d'améliorer la réussite des étudiants, quelles que soient leur filière d'origine ou leurs aspirations

¹⁴⁰ Contexte confirmé à la mission par le MSS et le MESRI

¹⁴¹ "Contrairement aux infirmiers en soins généraux, l'IPA n'aura pas à justifier d'une expérience professionnelle préalable lors de son conventionnement, ces professionnels étant déjà des infirmiers expérimentés (seuls les infirmiers disposant de 3 années de pratique en tant qu'infirmiers de soins généraux peuvent intégrer la formation d'IPA)".

¹⁴² Possible effet d'un rattrapage de stock

[291] La mission a cependant été sollicitée par les acteurs infirmiers et médicaux, au regard de la tendance à la hausse des admissions en formation initiale dans deux universités, à la rentrée 2021/2022. Les professionnels médecins comme infirmiers insistent sur la nécessité d'une maîtrise de l'exercice du métier socle et d'une expérience professionnelle (de préférence dans le champ d'activités dans lequel le professionnel souhaite exercer en pratique avancée).

[292] Dans les universités qui autorisent l'inscription en formation initiale, non seulement ces étudiants présentent des résultats très satisfaisants sur le plan théorique, mais ils s'adaptent très bien en stage et démontrent une capacité à se positionner en tant que futurs IPA. Certains profitent des modalités d'enseignement à temps partiel prévus pour les étudiants en formation continue pour travailler comme IDE vacataires et construire ainsi l'expérience nécessaire pour pouvoir exercer plus rapidement en tant qu'IPA, une fois diplômés.

[293] Les étudiants infirmiers revendiquent cette possibilité de poursuivre leurs études en master sans interruption. Pour la Fédération Nationale des Etudiants en Sciences Infirmières (FNESI), *"les années d'expérience en tant que professionnel peuvent aussi représenter un frein à la poursuite des études. Il y a l'aspect financement, mais il y a aussi le fait que reprendre ses études peut être difficile quand on a exercé plusieurs années comme professionnel"*. Cette opinion bien compréhensible au regard des coûts différenciés entre la formation initiale et la formation continue exposés plus haut laisse présager une potentielle augmentation des candidats "directs" en DEIPA. Les universités sont par nature portées à favoriser les étudiants les plus "performants" sur le plan académique, ce qui pourrait les conduire à privilégier ces profils "jeunes".

[294] La mission identifie ici un risque d'éviction des professionnels en reprise d'études par les jeunes IDE diplômés, manifestement plus préparés aux prérequis exigés par les universités.

[295] Elle souligne par ailleurs que la pratique avancée est, comme son nom l'indique, une modalité d'exercice originellement conçue pour valoriser des professionnels confirmés, dont l'expérience pratique antérieure en tant qu'infirmier nourrit la compétence et la légitimité. Il est à noter qu'en France la pratique avancée est légalement accessible beaucoup plus tôt dans la carrière que dans la plupart des autres pays.

[296] Considérant l'autonomie des universités et l'ouverture réglementaire à la formation initiale, la mission préconise donc de faire le nécessaire pour garantir la priorité à la formation continue parmi les modalités de formation.

Recommandation n°16 Rappeler aux universités le caractère prioritaire de l'accueil en formation continue et la nécessité de considérer une expérience professionnelle confirmée comme un critère essentiel de sélection pour l'entrée en formation d'IPA.

3.5.1.3 Des formations hétérogènes

[297] Selon les représentants des IPA, une grande hétérogénéité de contenus et de temps de formation est observée sur le territoire : de 1 000 heures à 3 000 heures sur deux ans pour une formation correspondant à 120 ECTS (1 ECTS = 25 à 30 heures de travail).

Des modalités pensées pour faciliter l'accès aux professionnels mais qui aboutissent à de forts écarts de contenu

[298] L'initiative laissée aux universités pour élaborer les maquettes de formation engendre une variabilité dans l'organisation de la formation en termes de durée, allant de deux ans à temps plein à quelques semaines, et requiert une vigilance sur la réalité de l'ingénierie de formation. Par exemple, compte tenu du nombre d'heures d'enseignement prévu dans le référentiel, il est important de vérifier l'organisation des universités qui accueillent "à temps plein" les étudiants en intégrant un nombre important d'heures de "travail personnel".

[299] L'organisation en temps partiel de la formation permet aux étudiants issus de différents secteurs d'activités (hospitalier, libéral...), notamment s'ils s'autofinancent¹⁴³, de continuer à travailler, et pour les libéraux de garder un contact avec leur clientèle. De plus, le temps partiel est également un moyen d'intégrer les connaissances acquises et de développer son projet professionnel.

[300] Au vu des retours des professionnels sur la mise en place du DEIPA, l'importante liberté laissée aux universités pour déterminer les contenus et les modalités de formation aboutit à des questionnements sur l'uniformité des compétences acquises et la qualité des enseignements reçus.

Une situation qui découle de l'élaboration des maquettes de formation à l'initiative des universités

[301] Selon Stéphane LEBOULER¹⁴⁴, "en matière pédagogique, il est essentiel de reconnaître l'initiative des acteurs : le développement des formations en pratique avancée, avec un cahier des charges réglementaire relativement discret et l'initiative laissée aux universités pour élaborer les maquettes de formation a montré la voie".

[302] Plusieurs interlocuteurs de la mission ont souligné une hétérogénéité de contenu des formations due à la large part d'interprétation laissée aux universités par l'arrêté du 18 juillet 2018. La mission ne dispose pas, pour autant, d'éléments concluant à des différences de compétences entre les professionnels formés, liées à l'hétérogénéité des maquettes de formation entre les différentes universités proposant ces cursus.

Un contenu et des modalités à évaluer

[303] Les formations conduisant aux titres ou diplômes mentionnés à l'article D. 636-69 et à l'article D. 636-69-1 font l'objet d'une évaluation nationale périodique à l'occasion de l'évaluation, par le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES), de l'université ayant signé la convention¹⁴⁵. Cependant, compte tenu du caractère innovant concernant l'initiative laissée aux universités pour établir les maquettes de formation, de la variabilité constatée entre universités dans l'organisation de la formation en termes de durée, la mission préconise que le

¹⁴³ Certains ont précisé à la mission qu'ils ont pu être amenés à choisir leur université non pas selon sa proximité mais selon ses modalités d'organisation. Par exemple, une IPA de St Nazaire n'a pas choisi Nantes (formation à temps plein) mais a opté pour la formation de Tours/Angers qui propose un rythme de formation d'une semaine par mois.

¹⁴⁴ Ancien Responsable du projet Universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique, Ministère des Solidarités et de la Santé – Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation- Les ressources humaines en santé, levier de la transformation du système de santé Actes des séminaires du HCAAM 2019-2020

¹⁴⁵ Article D.636-71 Modifié par Décret n°2015-652 du 10 juin 2015 - art. 9

HCERES soit sollicité rapidement pour une évaluation globale des dispositifs de formation en pratique avancée.

Recommandation n°17 Procéder à une évaluation nationale des dispositifs de formation en pratique avancée compte tenu de la variabilité dans l'organisation en termes de durée entre universités.

3.5.1.4 Des modalités d'enseignement et de stage à affiner

[304] L'organisation des stages prévue d'une durée minimale de deux mois en 1^{ère} année et de quatre mois en 2^e année correspond à l'organisation générale d'un master. Les étudiants doivent être encadrés par un personnel sous statut enseignant et hospitalier ou enseignant titulaire de médecine générale et d'un infirmier intervenant dans la formation. Il a été rapporté à la mission que certaines universités ne s'appuieraient que sur des médecins spécialistes pour dispenser les cours. Impliquer davantage les médecins généralistes dans les cursus de formation est indispensable pour développer les techniques d'entretien évaluatif des étudiants et favoriser la connaissance mutuelle du métier de chacun.

[305] Les lieux de stage agréés par le directeur de l'unité de formation et de recherche sont une opportunité pour faire connaître la fonction IPA et en développer l'attractivité. Le nombre d'IPA formés en exercice devrait à terme permettre un encadrement en binôme par un enseignant et un IPA des étudiants en formation. L'implication des infirmiers en pratique avancée est essentielle dans la formation afin d'ancrer l'identité professionnelle : ceci paraît être une évidence¹⁴⁶ mais leur intégration progressive comme enseignant ou encadrant de stage est variable selon les universités.

[306] Un interlocuteur rencontré par la mission a proposé que le premier stage (2 mois) s'effectue en soins primaires (pour un IPA qui exercera en établissement) et le deuxième stage (plus long et permettant d'affiner le projet professionnel) dans le secteur choisi. Un IPA souhaitant s'installer en ville ferait l'inverse. Il s'agit de favoriser le lien ville-hôpital et la connaissance du système de santé. L'importance du stage en soins primaires pour tous a également été soulignée par d'autres interlocuteurs de la mission.

[307] La mise en place des stages des IPA soulève en outre des difficultés concrètes pour les maîtres de stage :

- L'absence de gratification et de formation des maîtres de stage¹⁴⁷ ;
- Un calendrier qui n'est pas coordonné avec les périodes de stages des internes en médecine¹⁴⁸.

Recommandation n°18 Définir des modalités plus incitatives et facilitantes pour les maîtres de stage et organiser leur formation.

¹⁴⁶ Cette disposition vient d'ailleurs d'être intégrée par l'arrêté du 22 octobre 2021 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée

¹⁴⁷ à l'opposé de ce qui existe pour la maîtrise de stage des internes en médecine

¹⁴⁸ Parfois à cheval entre deux semestres d'internat, l'accueil d'un IPA par un médecin généraliste peut l'empêcher d'accueillir jusqu'à deux internes.

3.5.1.5 L'absence de possibilités de validation des acquis personnels et/ou professionnels (VAPP) et de contrats d'apprentissage à corriger

[308] Pour faciliter l'obtention au plus tôt du diplôme, la validation des études supérieures (VES) a été largement utilisée à la mise en place du dispositif, notamment pour reconnaître les masters préfigurateurs déjà existants et certains masters de santé publique. Il est possible d'intégrer le DEIPA en 3^e semestre, pour les IDE ayant validé un master (article 3 de l'arrêté du 18 juillet 2018). Selon le CNP IPA, 52 % des diplômés sont titulaires de diplômes professionnels complémentaires (DU le plus souvent), 20 % sont déjà titulaires d'un master.

[309] Toutefois, alors qu'on aurait pu s'y attendre, s'agissant d'une formation destinée à des professionnels chevronnés, la validation des acquis personnels et/ou professionnels (VAPP) n'a apparemment pas été mobilisée. Celle-ci aurait pu dispenser des infirmiers très expérimentés (par exemple, justifiant de plus de 10 ans d'exercice) étant intervenus dans des protocoles de coopération ou exerçant dans des services hospitaliers correspondant aux mentions existantes, de certaines unités d'enseignement. Les universités sont bien sûr libres de décider des modalités de cette validation mais la mission ne peut qu'encourager le développement à l'avenir de telles voies d'accès. Des référentiels de compétences mettant l'accent sur les compétences transférables acquises dans la pratique infirmière pourraient être élaborés par les CNP et des lignes directrices pourraient être tracées par la DGOS pour en faciliter la reconnaissance.

[310] La possibilité d'accueillir des étudiants en apprentissage¹⁴⁹ a par ailleurs été omise au moment de l'élaboration des textes réglementaires et doit être offerte pour répondre aux besoins de certains candidats, car elle permet aux étudiants de se former avec un revenu stable, et aux employeurs de fidéliser et recruter ces infirmiers au terme des trois années d'exercice.

Recommandation n°19 Mettre en place à l'université les conditions de développement d'une validation des acquis personnels et/ou professionnels (VAPP) pour l'accès au DEIPA et autoriser les contrats d'apprentissage pour la formation DEIPA entre l'université et tout employeur (exercice collectif en ville et hôpital)

3.5.2 Accompagner l'installation et le développement de la collaboration interprofessionnelle

3.5.2.1 Lors de l'installation

[311] Les premières promotions d'infirmiers en pratique avancée se sont trouvées confrontées à des difficultés d'installation et d'intégration dans les équipes de soins en établissement et également en soins primaires. De véritables échecs ont été rapportés (reprise d'une activité d'infirmier libéral, positionnement difficile au sein d'un service de soins...).

[312] Face à ces premières expériences, les facultés demandent dorénavant à ce que les candidats présentent un projet professionnel coordonné déjà mûri et partagé. Cette nouvelle obligation devrait permettre de faciliter l'installation mais aussi d'aligner davantage le contenu de la formation et les stages sur les projets. Elle permet aussi aux structures employeuses d'initier une réflexion anticipée sur les fonctions que pourrait occuper à son retour le professionnel qui part en formation et de préparer la mise en place dès son arrivée d'une organisation adaptée. Pour soutenir et organiser cette

¹⁴⁹ Le contrat d'apprentissage permet aux jeunes de 16 à 29 ans révolus de préparer un diplôme de l'enseignement supérieur reconnu par l'État. La formation en apprentissage permet de poursuivre des études tout en étant salarié. Elle fonctionne sur la complémentarité entre l'enseignement théorique et l'application concrète en entreprise. La formation est dispensée à l'université (pour la partie théorique) et en exercice collectif ou à l'hôpital (pour la partie professionnelle).

démarche, la mission recommande de prévoir également, au moment de la validation du diplôme, la présentation d'un projet d'installation devant un jury pluriprofessionnel.

[313] L'organisation et la diffusion, au niveau des ARS, (en lien avec les URPS, CPTS, GHT, fédérations d'établissement sanitaires et médico-sociaux, ordres, association d'IPA...) de listes de professionnels ou de structures volontaires pour collaborer avec des IPA auprès des responsables de master IPA à l'intention des futurs ou jeunes diplômés faciliteraient ces projets d'implantation et anticiperaient les difficultés d'installation.

[314] L'ARS Grand-Est organise un échange à la fin du cursus de formation afin de mettre en lien les étudiants, universités, employeurs, association d'IPA. Ces échanges ont pour but de mettre en commun les expériences, projets, freins et leviers rencontrés et de créer une dynamique.

[315] L'ARS Pays de la Loire a mis en place un comité de concertation dans le cadre du soutien au déploiement de la pratique avancée¹⁵⁰, qui réunit l'ensemble des partenaires, sans oublier les représentants des usagers.

[316] Le développement de la pratique avancée dans les structures de soins coordonnées, les centres de santé et les CPTS doit s'inscrire dans leurs projets de santé. Ce sont les projets d'établissement des établissements sanitaires et médico-sociaux qui doivent impulser et organiser le déploiement de la pratique avancée.

[317] Les CPTS et les GHT s'inscrivent dans la politique de santé régionale et leurs objectifs en termes de déploiement des IPA sont concertés avec l'ARS. L'approche territoriale est déjà marquée par les ARS au niveau des conditions d'aide au financement des études des IDEL ou encore des aides à l'installation (financement conditionné à l'installation en exercice coordonné).

[318] Le versement d'une aide à l'installation peut être conditionné à l'adhésion à un projet de santé d'une structure coordonnée ou d'une CPTS, à titre d'exemple :

Exemple d'aide au financement de l'installation conditionné par l'inscription dans un projet de santé

L'ARS Bretagne s'engage dans l'accompagnement financier des IPA s'installant dans sa région, dans le cadre d'un exercice coordonné, dans une zone en sous densité médicale. L'aide apportée consiste en un montant forfaitaire de 13 500 €.

En contrepartie, l'IPA s'engage à s'installer et maintenir son activité dans la zone déficitaire pendant cinq années au moins, réaliser un temps de travail d'au moins trois jours par semaine, exercer dans le cadre d'une pratique clinique, adhérer au projet de santé du territoire (adhésion à un projet de santé CPTS, MSP ou ESP).

La même aide est également apportée pour le recrutement d'un IPA :

- aux maisons de santé, structurées en SISA et implantées en zone déficitaire en médecins ;
- aux centres de santé implantés en zone déficitaire (ZIP, ZAR ou ZAC).

Les mêmes engagements doivent être respectés.

¹⁵⁰ Composition du comité de concertation piloté par l'ARS : représentants des usagers (CRSA ou France Assos Santé), les conseil de l'ordre (infirmiers et médecins), l'APMSL, les représentants des étudiants IPA, des IPA en exercice dans la région, la CPAM, les Facultés d'Angers et de Nantes (doyens et Département de médecine générale), un ou deux médecins référents pour les stages, ANFH, OPCO Santé, CPTS : inter URPS, URPS (médecins et infirmiers) ; FHF / FEHAP / FHP, représentants des CH : employeurs ; représentants des CH : référents stages ; centres de santé.

[319] La mission suggère les actions suivantes :

- Expérimenter une plus grande implication des CPTS et des GHT dans le déploiement des différentes formes de coopération dont la PA dans les territoires
- À l'image du groupe de concertation mis en place en PDL associant les URPS et en articulation avec les propositions du HCAAM : mettre en place un mode de pilotage transversal dans les domaines de la PA, accompagnant la déclinaison opérationnelle des objectifs médicaux, organisationnels, d'efficacité, déclinés dans les territoires par les acteurs de terrain.

3.5.2.2 Dans les modes d'organisation de travail

[320] Le site du ministère met en ligne des fiches de présentation de la pratique avancée¹⁵¹. Plusieurs ARS et établissements ont élaboré des outils pour accompagner l'implantation des IPA comme par exemple la région Nouvelle-Aquitaine¹⁵², la région PACA¹⁵³ ou l'APHP (guide d'implantation). Leur capitalisation et leur diffusion sur les sites du ministère, des ARS et de l'assurance maladie permettraient un meilleur usage et une mise à jour.

[321] Le portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS)¹⁵⁴ apporte des informations concernant la formation IPA : la mise à disposition de documents-types (fiches de postes type, exemples de protocoles d'organisation...) et de guides techniques enrichirait utilement cette rubrique.

[322] La réglementation n'a pas organisé le positionnement des IPA dans la ligne hiérarchique. Si le lien fonctionnel aux médecins et au chef de service, qui peut ainsi contribuer à son évaluation annuelle, semble envisagé par les parties prenantes, les avis sur le niveau du lien le plus opérant avec la hiérarchie infirmière sont partagés. Une enquête de l'ARS GE auprès de 10 directeurs des soins pointe une relation et un positionnement parfois difficiles avec le cadre de santé¹⁵⁵. Les relations professionnelles au sein des services semblent facilitées lorsque l'IPA est rattaché au directeur des soins. Mais cette configuration n'est pas toujours envisageable selon la taille (CHU...) et l'organisation des établissements sanitaires et médico-sociaux. Un lien hiérarchique direct a pu être évoqué également avec le responsable de pôle lors des auditions conduites par la mission. Cette question dénote une difficulté majeure qui doit être levée avant l'embauche d'un IPA.

[323] L'exemple du CHU de Nantes, développé en annexe 11, montre l'implication forte de certains établissements pour développer l'implantation et améliorer l'accueil des IPA en milieu hospitalier¹⁵⁶. Certaines conditions de réussite de "l'implantation des IPA" y ont été identifiées : disposer d'un projet de service incluant le service d'accueil et l'équipe soignante et pas seulement le binôme médecin-IPA ; être clair sur les positionnements respectifs médecin/IPA et cadre/IPA et les relations hiérarchiques / fonctionnelles associées ; communiquer auprès de tous au sein de l'établissement; prévoir une évaluation qui met en évidence la valeur ajoutée de la présence de l'IPA pour tous.

¹⁵¹ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

¹⁵² Infirmier en pratique avancée (IPA) - Fiche de poste Type et Protocole d'organisation en NA - Août 2021

¹⁵³ Guide d'implantation de l'exercice infirmier en pratique avancée en milieu hospitalier

¹⁵⁴ <https://www.paps.sante.fr/>

¹⁵⁵ "Ma cadre a eu beaucoup de mal. Elle me voyait comme une concurrence" "Ma cadre ne savait pas comment se comporter avec moi, comment interagir" "Ma hiérarchie c'est mon encadrement de proximité, je suis en désaccord. Cela a été particulièrement difficile. J'ai été voir la médecine du travail j'ai pleuré, j'ai été voir la psychologue du travail. L'encadrement de proximité a écrit seul le protocole. Les médecins ont participé mais pas moi. La direction des soins aurait dû se mobiliser"

¹⁵⁶ A lui seul, cet établissement emploie déjà 14 IPA en 2021 avec un objectif de monter à 19 IPA à l'horizon 2023.

3.5.2.3 Dans l'acquisition et l'appropriation d'outils et de méthodes collaboratifs

[324] Les IPA en soins primaires travaillent comme les IDE en collaboration avec les autres professionnels de santé. Les outils tels que les messageries sécurisées ou le DMP (en cours d'évolution actuellement) sont essentiels à la coordination des soins.

[325] Les besoins particuliers des IPA sont liés à la nécessité de connaître très finement le dossier de suivi du patient afin de s'adapter à la trajectoire thérapeutique (suivi tensionnel ou glycémique...) et d'indiquer tout changement sur le dossier. Un accès au dossier patient est donc indispensable. En libéral, un IPA peut être amené à travailler avec plusieurs médecins, qui ne partagent pas toujours le même logiciel. Quand il ou elle ne travaille qu'avec une structure coordonnée cela peut s'avérer plus facile.

3.5.3 Reconnaître la place des IPA dans le système de santé

[326] Les premières promotions d'infirmiers en pratique avancée décrivent des prises de poste parfois compliquées tant en ville qu'en établissement de santé. Les uns comme les autres décrivent la nécessité de communiquer pour expliquer quelles sont leurs compétences.

[327] Carine Renaux¹⁵⁷ relate les difficultés et les écueils liés à cette méconnaissance *"J'ai commencé cette formation pleine d'espoir. Rapidement, un constat s'est imposé à moi : très peu de professionnels ont connaissance de ce nouveau métier d'infirmière en pratique avancée, de ce que les IPA font ou feront. De très nombreux professionnels en ont une définition personnelle en lien avec leurs représentations ; des professionnels de santé avec qui j'ai pu échanger ont une perception éloignée des textes et des règles qui existent pourtant. Le cadre est méconnu, et les a priori sont nombreux : cela va des "super-infirmières" aux "sous-médecins".*

3.5.3.1 Renforcer la notoriété et animer la communauté de professionnels engagés

[328] Une des difficultés majeures qui ressort des témoignages des professionnels est le manque de notoriété de la pratique avancée auprès des professionnels de santé et des patients. Cette situation contribue aux difficultés d'installation et à des malentendus avec les autres professionnels (médecins et IDEL notamment) sur leur rôle et leurs compétences. Certaines ARS particulièrement dynamiques sur la mise en place de la pratique avancée ont réalisé ou projettent des plans de communication complets mais aucune campagne nationale d'information n'a été initiée.

[329] La mission a eu l'occasion d'assister à un comité de suivi sur la pratique avancée organisé par l'ARS Pays de Loire. Lors de ce comité, un plan de communication très intéressant a été présenté ciblant de façon distincte :

- Les MG en équipes de soins primaires (MSP, centres de santé, ESP CLAP)

Outils mobilisés : Vidéo + fiche d'identité des IPA à destination des médecins, diffusés par mail, réunion d'info/échange, Webinaire centré soins primaires + relai réseaux sociaux (twitter, LinkedIn)

- L'ensemble des parties prenantes

Outils mobilisés : flyer plaquette, Webinaire non centré soins primaires, information des pharmaciens sur les possibilités de prescription IPA

¹⁵⁷ Carine RENAUX mémoire pour l'obtention du DE IPA, 21 juin 2021, "Infirmières en pratique avancée en soins primaires en France : un état des lieux de leurs activités"

[330] Outre ce type de plans de communication, il paraîtrait intéressant de s'appuyer sur les professionnels déjà engagés (médecins pharmaciens, infirmiers) pour sensibiliser leurs homologues.

[331] Des actions plus ciblées pourraient être entreprises vers des professionnels notoirement en surcharge en les identifiant via les données assurance maladie ou INSEE (sur des critères de volume de patientèle ou de consultations) pour les sensibiliser à l'intérêt de collaborer avec des IPA.

Recommandation n°20 Communiquer sur la profession d'IPA auprès des différents acteurs (URPS, ordres professionnels, structures d'exercice coordonné, CPAM, fédérations, établissements de santé publics et privés, établissements sociaux et médico-sociaux, laboratoires, centres de radiologies, pharmaciens)

3.5.3.2 Assurer la bonne identification et l'inscription des IPA dans les référentiels et systèmes utilisés par les autres professionnels et les institutions

[332] Des nombreux témoignages reçus par la mission, il ressort que le dispositif d'enregistrement des IPA et de leur activité en secteur libéral a généré de réelles difficultés dans la mise en œuvre concrète. L'absence de numéro prescripteur et de numéro de répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)¹⁵⁸ conduit à des prescriptions refusées par les pharmaciens hospitaliers ou de ville ou à des refus de remboursement d'actes par certaines CPAM. Cette situation contribue à leur invisibilité et est source de précarité économique.

[333] L'attribution systématique d'un numéro RPPS, opérationnelle depuis octobre 2021, permettra l'identification de chaque professionnel mais ne résoudra pas nécessairement les difficultés liées à l'absence de reconnaissance des droits de prescription. En effet, les logiciels qui outillent la prescription exigent un numéro RPPS car il permet une identification du professionnel mais il ne dit rien du droit de prescription de celui-ci.

[334] À ce stade, les échanges avec la CNAM n'ont pas permis d'identifier précisément à quel niveau se situe le blocage. La mission note toutefois une grande hétérogénéité des pratiques, renforcée par l'autonomie des caisses primaires d'assurance maladie. Les explications données peuvent varier. À certains endroits, une IPA en exercice libéral mixte se verra attribuer deux numéros AM, un comme IDEL, un comme IPA, là où, ailleurs, elle n'en aura qu'un, ne pouvant distinguer sa pratique sur sa feuille de soins ou son ordonnancier.

[335] Par ailleurs, si une spécialité IPA a bien été élaborée (spécialité 84), celle-ci ne précise pas la mention de l'IPA et n'emporte donc pas de droits de prescription distincts entre IPA selon leur mention comme on aurait pu le souhaiter.

[336] Il apparaît qu'en matière de systèmes d'information, de logiciels, deux ans révolus après leur entrée en exercice, les IPA ne bénéficient toujours d'aucun statut, d'aucun référencement systématisé. Si cela nuit à leur capacité à exercer leur métier, cela obère également les possibilités pour les patients de voir leurs remboursements aboutir ou leurs prescriptions acceptées sur l'ensemble du territoire.

[337] La circulaire CNAM qui a pour objet de présenter les dispositions de cet avenant ainsi que les modalités de mise en œuvre date du 29 janvier 2020 mais la lettre réseau à destination notamment des CPAM, qui a pour objet de présenter le nouveau métier d'IPA, les modalités de valorisation particulières ainsi que les modalités d'enregistrement des infirmiers en pratique avancée au fichier

¹⁵⁸ La bascule des infirmiers dans le RPPS est intervenue au 28 octobre 2021. Les infirmiers sont donc désormais identifiés sous un numéro RPPS, et leur autorité d'enregistrement est devenu l'ONI.

national des professionnels de santé (FNPS) n'a été diffusée que très récemment, le 23 septembre 2021.

[338] Les systèmes d'information n'ont pas encore été mis à jour. Du fait de l'absence de cotation IPA dans les systèmes d'information, certaines CPAM se voient obligées de coter les actes en AMI majorées, atteignant des montants très proches mais différents de ceux prévus réglementairement.

Recommandation n°21 Faire réaliser conjointement par la DSS et la CNAM, en lien avec la DGOS, une revue complète des textes pour assurer la place des IPA dans le parcours de soins et garantir leurs droits. Faire également une revue des systèmes d'information de façon à intégrer l'existence des IPA dans ceux-ci.

[339] Cette recommandation comprend les actions suivantes :

- Modifier le Code de la sécurité sociale (notamment l'art L162-12-2), la convention infirmière et la NGAP (notamment son article 5) ainsi que les listes de prestations et médicaments remboursés et les AMM déterminant les droits de prescription et de prise en charge.
- S'assurer que les SI reconnaissent bien le numéro RPPS et le numéro d'Assurance Maladie des IPA, notamment ceux de l'assurance maladie et des pharmaciens
- Mettre à jour l'espace Ameli-pro pour les IPA en offrant l'accès au volet nécessaire du champ médical et ouvrir les droits administratifs aux IPA dans les logiciels des établissements de santé (DIM)

3.5.3.3 Des intérêts professionnels difficiles à faire porter dans l'organisation actuelle

[340] La pratique avancée infirmière ne constitue pas, à ce stade, une profession au sens du Code la Santé. Or, seules les professions identifiées bénéficient d'une représentation propre issue d'élections professionnelles leur permettant notamment de :

- s'engager dans le dialogue social national, territorial ou local dans les établissements et faire ainsi porter leurs revendications réglementaires, statutaires et RH ;
- négocier une convention propre avec la CNAM fixant les tarifications et les modalités de remboursement propres à leur exercice¹⁵⁹.

[341] De ce fait, les IPA sont actuellement dépendantes pour la défense de leurs intérêts des démarches entreprises par les représentants des infirmiers dans leur ensemble. Leur très faible nombre leur accorde un poids trop faible pour peser au sein du corps électoral de ces représentants. Il leur est dès lors particulièrement difficile de faire valoir leurs revendications, a fortiori quand celles-ci divergent ou compromettent les intérêts des autres infirmiers.

[342] Cette situation préjudiciable n'est modifiable qu'à la condition d'ériger les infirmiers en pratique avancée en profession distincte de celle des infirmiers, ce qui comporterait bien d'autres conséquences (cf. partie 5.3.1.). La mission recommande cependant, comme le font actuellement les pouvoirs publics, de consulter formellement le CNP et les syndicats IPA avant d'engager des décisions les concernant et de les associer autant que possible aux concertations interprofessionnelles.

¹⁵⁹ Cf. section 2 du Chapitre 2 du Titre VI du Livre I du code de la sécurité sociale - Art L162-12-2

4 Des dispositifs concurrents dont les champs et les modalités de fonctionnement doivent être précisés

4.1 Une multiplicité de dispositifs convergents sur les mêmes sujets et objectifs, nuisant à la lisibilité du système

[343] Répondant aux mêmes constats (prise en charge insuffisante des maladies chroniques au regard des recommandations de la HAS, temps insuffisant consacré à la prévention à destination des enfants, des femmes et des personnes âgées, engorgement des files actives en soins non-programmés et notamment aux urgences), les dispositifs étudiés par la mission (PC, PA, Art 51 LFSS) tendent à converger vers les mêmes sujets et les mêmes objectifs, même s'ils ne se confondent pas dans leurs modalités et ambitions¹⁶⁰. Faute de stratégie globale, de doctrine partagée et de schéma cible, on assiste ainsi à un foisonnement d'initiatives parallèles qui peuvent sur le terrain se faire concurrence et aboutir à des résultats contreproductifs.

4.1.1 Des superpositions de champs entre protocoles de coopération et pratique avancée

[344] De nombreux protocoles concernent la coopération entre médecins et infirmiers pour le suivi de certains patients chroniques, le diagnostic de la fragilité de sujets âgés, l'adaptation de l'insulinothérapie, ou des prises en charge complexes de type "consultations" dans le cadre du suivi de patients atteints de diabète, Alzheimer, ou d'un cancer.

[345] Parmi les protocoles actuellement en vigueur, la mission en recense 20 dont le champ se superpose avec les compétences de mentions IPA¹⁶¹ (sans compter les protocoles soins non-programmés). Parmi ces protocoles, seulement trois ont été écartés de la liste des protocoles nationaux et réservés à l'équipe initialement promotrice en raison d'une superposition avec le champ d'intervention des IPA.

[346] Sur les sept AMI destinés à initier de nouveaux protocoles nationaux déjà publiés, un concerne les urgences¹⁶².

[347] On peut également signaler deux protocoles dédiés aux personnes âgées¹⁶³, dont l'objet se superpose avec le projet de créer une mention IPA gérontologie (cf. §5.2.4.2).

[348] Ces superpositions pourraient se multiplier avec l'émergence des protocoles locaux.

¹⁶⁰ Cf. tableau comparant protocoles de coopération et pratique avancée en pièce jointe n°6

¹⁶¹ Voir pièce jointe n°6

¹⁶² SAU : Transferts d'actes et d'activités entre médecins et infirmiers exerçant au sein des services d'accueil des urgences pour certains motifs de recours fréquents et peu graves.

¹⁶³ Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé, protocole existant depuis 2013

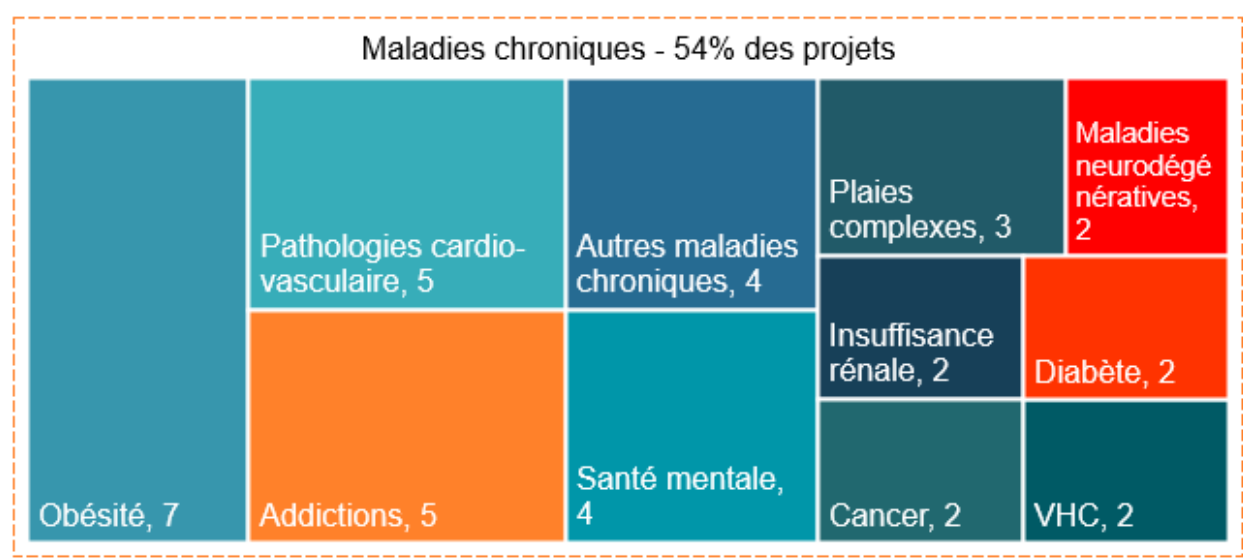
Personnes âgées et handicapées : Coopération entre médecins et infirmiers pour la prise en charge à domicile des patients âgés ou handicapés en difficultés pour se déplacer aux cabinets des médecins, AMI publié en 2020 dont la rédaction est en cours de finalisation.

4.1.2 Des confusions possibles avec les expérimentations issues de l'article 51 de la LFSS pour 2018

[349] Le périmètre potentiel des expérimentations art. 51 porte sur l'ensemble du champ de la santé et leur périmètre d'application peut être, comme les protocoles de coopération, local, régional, interrégional ou national.

[350] La logique de sélection des projets¹⁶⁴ a très clairement intégré la même priorisation des thèmes que celle des protocoles de coopération et des premières mentions de pratique avancée :

Schéma 6 : Répartition des projets en cours d'expérimentation / autorisés par thème



Source : Caisse nationale de l'Assurance Maladie

[351] Selon la CNAM, 54 % des projets autorisés visent à améliorer la prévention, la prise en charge ou l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques.

[352] La santé mentale fait, elle, l'objet de trois expérimentations autorisées (et une réintégrée), portant notamment sur la prise en charge de la souffrance psychique ou sur la prise en charge de troubles psychiatriques lourds.

[353] Par ailleurs, un projet sur deux (50 %) relève d'une approche populationnelle, avec pour but de répondre aux vulnérabilités et/ou aux besoins particuliers de santé de populations fragiles, comme les personnes âgées dépendantes, les personnes en situation de handicap ou isolées comme les populations précaires.

[354] Les superpositions de champ avec les protocoles de coopération ne sont pas anormales puisque les expérimentations article 51 et plus précisément les protocoles PEPS, IPEP et EDS (cf. annexe 3 - Les expérimentations d'innovations organisationnelles et financières dites "article

¹⁶⁴ 810 projets ont été déposés depuis 2018, dont 528 initiatives se sont révélées éligibles. 71 projets ont été autorisés (rapport au parlement 2020) malgré l'impact de la crise sanitaire. Un grand nombre de professions intervient dans les différents projets, qui s'inscrivent pour la plupart dans une démarche pluri-professionnelle ou multidisciplinaire, sous forme par exemple d'un parcours de soins. Les infirmiers, les médecins généralistes ainsi que les masseurs-kinésithérapeutes et les pharmaciens sont les professions les plus représentées dans les expérimentations.

51 LFSS"), constituent le mode de financement principal des protocoles de coopération. Les expérimentations art. 51 non seulement soutiennent la viabilité des protocoles existants mais favorisent l'émergence de nouveaux protocoles.

[355] Cela n'empêche toutefois pas des risques de concurrence entre dispositifs. C'est par exemple le cas entre les six protocoles soins non-programmés et l'expérimentation PRIMORDIAL¹⁶⁵. Celle-ci a pour objet d'appliquer le nouveau modèle de financement au forfait issu de l'expérimentation PEPS à des centres de santé nouvellement créés dans des zones de désertification médicale. Ce projet repose également sur la mise en place d'un parcours standard de prise en charge des patients, intégrant notamment l'orientation des patients en amont de la consultation en fonction de leurs besoins (vaccination, renouvellement d'ordonnance...) et de leurs symptômes avec l'utilisation d'un outil digital et/ou une infirmière d'orientation, ainsi que la délégation de tâches dans la mesure du possible en utilisant les protocoles de coopération déjà validés dans les régions ciblées.

[356] Le cahier des charges consulté repose sur un parcours standard de prise en charge des patients, ignorant l'émergence de la pratique avancée infirmière mention PCS en soins primaires.

4.1.3 Une nécessaire cohérence à assurer avec les projets d'extension des décrets d'actes des professions socles

[357] Au cours de ses investigations, la mission a eu connaissance d'un projet d'extension du décret de compétence des IDE, qui revendique des progrès d'autonomie rapprochant fortement la profession socle de la pratique avancée avec l'extension du rôle propre en matière de prévention et d'éducation à la santé. L'intégration de certains protocoles de coopération tels que les protocoles soins primaires ou ASALEE dans les compétences socles de la profession ou la tendance internationale à l'extension des prescriptions infirmières¹⁶⁶ participent également de ce mouvement.

[358] La pratique avancée devrait théoriquement concerner à terme d'autres professions d'auxiliaires médicaux que les infirmiers mais les progrès récents des compétences de certains questionnent la réelle utilité de prévoir une pratique avancée les concernant, le périmètre de la profession socle s'assimilant de plus en plus à une pratique avancée (voir partie 1). Si on observe l'exemple des masseurs-kinésithérapeutes et des orthoptistes, on s'aperçoit qu'à la différence des infirmiers, l'approche expérimentale offerte par les protocoles de coopération et par l'art 51 a plus abouti à une revendication d'évolution des décrets d'actes et conditions d'exercice des professions socles qu'à l'émergence d'une pratique avancée¹⁶⁷. Plusieurs missions IGAS récentes ou en cours s'interrogent à ce sujet concernant d'autres professions d'auxiliaires médicaux¹⁶⁸.

¹⁶⁵"les soins primaires c'est Primordial" - Arrêté du 29 juin 2021 modifiant l'arrêté du 21 octobre 2020 relatif à l'expérimentation PRIMORDIAL

¹⁶⁶CII - 22 Septembre 2021 "Directives sur le pouvoir de prescription des infirmières 2021"
https://www.icn.ch/system/files/2021-09/ICN_Nurse_prescribing_guidelines_FR_web.pdf

¹⁶⁷ La question se pose particulièrement pour les professions d'auxiliaires médicaux disposant d'un niveau Master.

¹⁶⁸ M2019-074 - La filière visuelle : modes d'exercice, pratiques professionnelles et formation - J-R.Jourdan, L-C.Viossat et F.Zantman

M2020-063 - Evaluation prospective de la filière de manipulation en électroradiologie médicale - C. Carsin, A. Meunier

M2020-074 - La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France - E Fauchier-Magnan, B. Fenoll

M2021-017 - L'offre de soins critiques, réponse au besoin courant et aux situations sanitaires exceptionnelles - A. Denieul, B. Fenoll, P. Sudreau

M2021-046 - Evaluation de la filière auditive et à la mise en œuvre du 100 % santé ainsi qu'à l'évolution des pratiques professionnelles - P. Mainguy, L-C Viossat, J. Baba

4.2 Une articulation entre protocoles et pratique avancée à mieux définir

4.2.1 Le risque de porter préjudice au développement des IPA

[359] Certains protocoles, comme le protocole "ASALEE" ou le protocole "Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé", ont une portée assez large pour susciter, parmi les professionnels volontaires pour y adhérer, une comparaison entre ces deux modalités d'évolution professionnelle. Au vu des coûts d'entrée correspondant à l'obtention d'un DEIPA, la mission craint que les arbitrages consécutifs à ces questionnements aboutissent à un repli des professionnels vers l'option protocole.

[360] Enfin, les expérimentations art 51, couplées ou non à des protocoles de coopération, prévoient pour la plupart des modalités financières ou d'organisation plus incitatives pour les médecins que la coopération avec un IPA. Le risque de voir les médecins privilégier ces dispositifs expérimentaux est encore renforcé par l'avantage de notoriété dont disposent ces dispositifs du fait de la forte implication de l'assurance maladie sur ces projets¹⁶⁹.

[361] La mise en œuvre des recommandations de la mission pour rendre plus viable économiquement la pratique avancée pourrait rééquilibrer la situation mais elle doit se produire rapidement, faute de quoi les perspectives d'emploi des jeunes diplômés en PAI et l'attractivité de la pratique avancée risquent d'être compromises. Certains acteurs rencontrés par la mission ont d'ores et déjà exprimé leur tentation de se détourner de la pratique avancée au profit de nouveaux projets d'expérimentation¹⁷⁰.

4.2.2 Exemples de superpositions nécessitant une stratégie d'articulation des dispositifs

4.2.2.1 Le protocole ASALEE et la pratique avancée : un devenir à repenser par une évolution s'inscrivant dans la continuité

[362] La proximité entre les missions des infirmiers ASALEE et des IPA PCS (cf. annexe 5) invite à interroger la coexistence de ces deux dispositifs potentiellement concurrents.

[363] Dans les cabinets où exerce déjà un infirmier ASALEE, l'implantation en supplément d'une IPA n'est pas impossible mais celle-ci impose une réelle réflexion d'équipe et un certain tact managérial pour éviter la mise en concurrence des professionnels et offrir un parcours lisible au patient. Dans certains cas, la présence des ASALEE peut compromettre le recrutement d'un IPA.

[364] Consciente des enjeux de pérennité que peut poser à terme cette situation, l'association ASALEE elle-même a pris l'initiative de promouvoir l'inscription en DEIPA de ses infirmiers. En septembre 2021, près de 70 infirmiers ASALEE sont engagés dans des parcours IPA dont la moitié sont déjà diplômés. Plusieurs problèmes se posent :

- L'association s'est efforcée d'adapter la rémunération de ces jeunes diplômés mais la poursuite de cette démarche pose des questions de soutenabilité financière pour prendre en charge les salaires et contribuer au financement du master en formation continue ;

¹⁶⁹ La forte implication de l'assurance-maladie est rendue possible par la création en LFSS au sein de l'ONDAM du Fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) qui est le support du financement des expérimentations article 51 (dotation de 102 M€ en 2021).

¹⁷⁰ D'importants espoirs concernant le projet OASYS en cours d'expertise ont par exemple été exprimés.

- L'absence de dispositif facilitant une validation des acquis de l'expérience, les infirmières ASALEE se voient contraintes de réaliser la totalité des deux années de formation alors même qu'elles sont déjà formées et expérimentées dans la mise en œuvre d'une grande partie des compétences en jeu.

[365] Le rapport coût/avantage est clairement défavorable.

Recommandation n°22 Etudier des modalités de validation des acquis personnels et/ou professionnels (VAPP) partielle permettant à l'ensemble des infirmiers ASALEE d'accéder de façon facilitée au DEIPA et envisager la fusion à terme des dispositifs.

4.2.2.2 Les urgences : une articulation dans le temps des protocoles et de la pratique avancée à imaginer

[366] Cette situation est particulièrement préoccupante pour ce qui concerne la mention Urgences, dont le calendrier de mise en œuvre se télescope avec celui du protocole de coopération SAU¹⁷¹, en cours d'instruction par la HAS, et prévu pour mise en œuvre en décembre 2021. Ces deux initiatives visent à réduire les délais d'attente et fluidifier les prises en charge aux urgences, objectif également porté par le Ségur de la santé.

[367] Le cahier des charges mentionne, parmi les six motifs de recours, la "prise en charge initiale d'un traumatisme de cheville évoquant une entorse chez un patient âgé de 10 à 50 ans sans plaie", les brûlures de "premier et deuxième degré superficiel non circulaires et en zone neutre", ou encore la "réalisation d'immobilisations plâtrées simples et attelles, la cystite simple ou le mal de gorge aigu chez les plus de 15 ans". S'il s'agit surtout de sécuriser et déployer la délégation de certains actes dans la pratique, déjà accessibles aux infirmiers d'accueil et d'orientation (IAO)¹⁷², le rôle donné aux IAO délégataires s'approche de celui envisagé pour les IPA urgences (IPAU)¹⁷³.

[368] D'ici la sortie de formation initiale des premiers IPAU en 2023, il est probable, au vu de la situation actuelle des services d'urgences, que ce protocole soit déjà mis en place dans de nombreux établissements. Se posera alors pour ces derniers la question de l'intérêt de mettre en place un IPAU par rapport au simple maintien du protocole. Au vu du coût intégré du premier par rapport au second

¹⁷¹ L'AMI lancé le 20 décembre 2020, porte sur la délégation d'actes et d'activités entre médecins exerçant aux urgences et infirmiers ayant une expérience professionnelle d'exercice aux urgences, pour des motifs identifiés comme fréquents et peu graves. Le périmètre de ces délégations doit être "adapté aux pathologies. Ainsi, dans le cas des douleurs lombaires aiguës et des traumatismes évoquant une entorse de cheville, la délégation doit viser à permettre une prise en charge initiale par l'infirmier, sans supprimer pour autant une consultation médicale finale. D'autres délégations d'actes et d'activités liées au contexte de la COVID peuvent être proposées par les équipes répondant à l'appel à manifestation d'intérêt". Cet appel fait suite à deux premiers protocoles nationaux déjà autorisés, sur la prescription d'imagerie par les infirmiers d'accueil et d'orientation en cas de traumatisme isolé de membre¹⁷¹ et sur la réalisation de sutures simples par les infirmiers.

¹⁷² La mission des IAO est définie dans le Code de la Santé Publique à l'article D. 6124-18 qui dispose que « Lorsque l'activité de la structure des urgences le justifie, l'équipe comprend en outre un infirmier assurant une fonction d'accueil et d'organisation de la prise en charge du patient. Cet infirmier met en œuvre par délégation du médecin présent dans la structure, les protocoles d'orientation et coordonne la prise en charge du patient, le cas échéant jusqu'à la prise en charge de ce dernier ».

Pour cela, l'IOA procède donc à un interrogatoire du patient (ou de l'entourage quand c'est nécessaire) afin de recueillir le motif de recours exprimé ou non par le patient, les circonstances de survenue, les antécédents pertinents et les traitements spécifiques en cours.

Ensuite elle procède à une observation du patient et en fonction des motifs de recours, elle va prendre un certain nombre de paramètres vitaux.

En fonction de tous ces éléments, et avec l'aide d'un outil de tri, elle va pouvoir identifier, évaluer et classer les besoins en soins des patients en fonction de leur priorité et déterminer la meilleure façon d'y répondre.

¹⁷³ Arrêté du 25 octobre 2021 fixant la liste des motifs de recours et des situations cliniques mentionnés à l'article R. 4301-3-1 du code de la santé publique

(formation et salaire pendant la période mais aussi nécessité d'une nouvelle réorganisation des services pour l'accueillir), on peut craindre une certaine réticence des établissements à soutenir le départ en formation pour deux ans des IAO déjà engagés dans le protocole, pour qu'ils obtiennent un DEIPAU.

[369] La coexistence de ces deux statuts (IAO et IPAU) au sein des urgences présente en outre des risques en termes de cohésion au sein des équipes.

[370] La mission préconise de réinterroger la pertinence du protocole SAU concomitamment à la montée en puissance de la diplomation des IPAU. Comme pour le protocole ASALEE, des modalités facilitées d'accès à la formation d'IPAU devront être prévues pour faciliter la transition.

Recommandation n°23 Prévoir de réinterroger la pertinence du protocole de coopération SAU concomitamment à la montée en puissance de la diplomation des IPA Urgences.

4.2.2.3 La prise en charge des personnes âgées à domicile : un choix stratégique à opérer

[371] Le projet de protocole sur le suivi à domicile des personnes âgées et handicapées en difficulté pour se déplacer au cabinet des médecins illustre le risque potentiel de limiter durablement l'évolution des compétences de l'IPA, en l'occurrence la mention "PCS en soins primaires" en raison de la présence préalable d'un protocole de coopération. Une comparaison entre l'exercice infirmier en pratique avancée et les délégations envisagées par le projet de protocole, fournie par la DGOS, est disponible en pièce jointe n°7.

[372] Au vu du besoin existant confronté au nombre important d'IDEL déjà en exercice pouvant adhérer au protocole et au nombre restreint d'IPA PCS pouvant être formés à court terme, la mise en extinction du protocole au profit de la pratique avancée semble ici défavorable. La coexistence des deux types d'intervenants doit donc plutôt être organisée pour que chacun occupe *in fine* une place différenciée dans l'accompagnement du patient.

4.2.3 Deux stratégies possibles pour rendre le système plus lisible

4.2.3.1 Une plus grande différenciation des champs d'intervention des dispositifs

Il s'agit en premier lieu d'éviter les situations telles que celle décrite sur les urgences en évitant le développement concomitant de protocoles de coopération et d'une nouvelle mention IPA sur un même champ :

[373] Les thèmes retenus pour les nouveaux protocoles nationaux sont déterminés sous l'égide du Comité national des coopérations interprofessionnelles (CNCI), en fonction des priorités de santé publique. C'est également le CNCI qui identifie, en lien avec les CNP et les ordres professionnels et après avis de la HAS, les protocoles locaux susceptibles d'être déployés au niveau national. Afin de mieux articuler protocoles et pratique avancée infirmière et d'éviter des recouvrements contreproductifs, la mission préconise que le CNP IPA soit systématiquement informé des projets de protocoles nationaux en amont de leur instruction par la HAS et puisse avoir accès au contenu des protocoles locaux déposés auprès du CNCI. Elle recommande également que le CNP IPA soit systématiquement associé aux travaux du CNCI.

Recommandation n°24 Prévoir une représentation des IPA dans le CNCI pour assurer la cohérence entre les protocoles de coopération et les mentions de la pratique avancée.

[374] Un signalement des projets de mention IPA en cours d'étude auprès des potentiels promoteurs de protocoles locaux serait également utile.

Il s'agit ensuite de mieux délimiter les périmètres d'existence des deux dispositifs :

[375] Le calendrier concomitant de rénovation du dispositif des protocoles de coopération et d'émergence de la PAI a conduit à une forme de confusion entre les différents modèles.

[376] Ceux-ci diffèrent en principe fortement :

- Selon les textes qui les régissent, les protocoles de coopération ont un périmètre et une portée plus restreints que la pratique avancée. La plupart ne concernent la prise en charge que d'une pathologie ou n'envisagent la délégation que d'une partie du processus thérapeutique et limitent ou excluent la part décisionnelle de l'intervention médicale, notamment la réalisation d'une analyse clinique autonome.
- Selon le CNP IPA¹⁷⁴, la PAI apporte quant à elle "une réponse qualitative avec une individualisation de la prise en charge, permise par le raisonnement clinique adapté à chaque situation et la prise de décision en fonction du contexte bio psycho social et environnemental de la personne. Les connaissances acquises, de niveau master, lui permettent d'avoir ce raisonnement étayé. Toutes ces variantes ne peuvent pas être incluses dans le protocole de coopération, puisqu'il fait davantage référence à des chemins cliniques et un suivi de recommandations standardisées pour une pathologie donnée". La pratique clinique est identifiée comme une compétence centrale de la pratique avancée infirmière.

[377] Certains protocoles ont toutefois une ambition comparable voire supérieure sur le plan des délégations d'actes aux décrets de compétences des IPA.

[378] Dans son bilan 2010-2018, la HAS indique que le contenu des protocoles a évolué, "de sujets intégrant des actes ou procédures cliniques, au périmètre bien circonscrit, vers la prise de décision médicale, avec la prise en compte d'un nombre de paramètres multiples et des décisions complexes".

[379] C'est le cas par exemple des protocoles de soins non-programmés, qui accordent à leurs délégataires des compétences de primo-prescription de médicaments à prescription médicale obligatoire (notamment des antibiotiques) quand seuls le renouvellement et l'adaptation de tels médicaments sont autorisés par la loi aux infirmiers en pratique avancée. Ces protocoles prévoient également une prise en charge de première ligne loin d'être reconnue aux IPA.

[380] Considérant que de tels protocoles s'éloignaient à la fois de leur vocation initiale de préfigurer une évolution du métier socle de l'infirmier et de leur rôle d'expérimentation de la pratique avancée, la HAS avait préconisé à l'époque d'éviter que les protocoles aillent plus loin que les pratiques avancées. La note IGAS de 2019 soulignait que cette position de la HAS n'est pas partagée par la DGOS, pour qui les protocoles ouvrent une voie de "recherche et développement" en parallèle des pratiques avancées. Ces visions divergentes doivent être levées.

[381] La mission considère que, par souci de clarté, des protocoles de coopération destinés à des IDE ne devraient pas pouvoir égaler ou excéder le périmètre des autorisations accordées aux IPA. Afin de préserver le caractère expérimental des protocoles comme le souhaite la DGOS, des protocoles de

¹⁷⁴ Contribution du 15 juillet 2021

coopération plus avancés pourraient continuer à exister mais ils seraient dans ce cas prévus uniquement entre IPA et médecins.

Recommandation n°25 Différencier à l'avenir les protocoles destinés aux IDE des protocoles destinés aux IPA, le périmètre des dérogations accordées aux premiers s'efforçant de ne pas excéder les compétences et autorisations accordées par la loi aux seconds.

Une doctrine pourrait enfin être élaborée afin de mieux différencier :

- La vocation des protocoles : prendre en charge une mission ou une activité auparavant réalisée par le médecin au sein d'un processus de soins qui reste de sa responsabilité et sous sa supervision (délégation portant sur des actes);
- La vocation des expérimentations art. 51 : faire émerger de nouvelles formes d'organisation ;
- Et la vocation de la pratique avancée : prendre en charge une partie du parcours de soins du patient (transmission de responsabilité portant sur la prise en charge et l'accompagnement du patient).

Recommandation n°26 Définir une doctrine d'emploi des différents dispositifs de coopération et la faire connaître à tous les acteurs impliqués.

4.2.3.2 La fusion des projets et l'organisation de la succession entre eux

[382] Le foisonnement actuel s'entend pour libérer la créativité dans un système historiquement cloisonné et rigide (voir partie 1). Il provoque cependant une grande confusion pour les professionnels comme pour les patients et ne doit pas se prolonger indéfiniment. Des évaluations propres à chaque type de dispositif ont été prévues afin d'en déterminer la poursuite mais il serait intéressant en complément de réaliser une évaluation comparative des dispositifs concurrents en les regroupant par objet (ex. fluidification des soins primaires) afin d'identifier, parmi l'ensemble des options testées, laquelle s'avère la plus efficiente. Du fait de la multiplicité d'objectifs, de superpositions de champs et du manque de portage national répondant à une stratégie clairement définie, les acteurs ont des appréciations très diverses de leur efficacité d'ensemble. Les réformes intervenues pour les deux dispositifs (PC et PA) doivent être accompagnées d'une réflexion permettant de clarifier leur articulation respective mais aussi avec le dispositif d'expérimentations article 51.

[383] La mission préconise une évaluation globale à distance au regard des enjeux et objectifs poursuivis mais aussi des risques identifiés pour l'attractivité du dispositif de la pratique avancée pour les professionnels. Les thématiques suivantes pourraient à titre d'exemple être étudiées : renforcement du suivi et de l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques ; prise en charge et accompagnement à domicile des patients; accès direct aux soins paramédicaux et éclaircissement des files actives en amont de la consultation des médecins généralistes pour des soins non-programmés ; activités de suivi préventif et de dépistage ; bilan en accès direct et extension du pouvoir de prescription des auxiliaires médicaux ; études d'impact, concernant notamment le parcours de soins.

Recommandation n°27 Mandater l'IRDES pour réaliser des études d'impact et des évaluations thématiques permettant d'apprécier la pertinence de l'ensemble des dispositifs de réorganisation des interventions entre professionnels de santé concourant à un même objectif de santé publique.

[384] Ces évaluations devraient pouvoir permettre l'élaboration d'une stratégie de sélection et de simplification des dispositifs répondant à un même objectif. Comme le montre l'exemple d'ASALEE, une trajectoire de ralliement au dispositif retenu *in fine*, des professionnels engagés dans les dispositifs mis en extinction, devra être déterminée.

[385] Il conviendra de faire particulièrement attention à ce que les professionnels engagés dans les différentes expérimentations sortent de celles-ci "par le haut", en leur offrant une possibilité de voir reconnues les formations suivies et l'expérience acquise pour faciliter leur intégration dans le dispositif retenu.

Recommandation n°28 Prêter une attention particulière à l'organisation de la succession entre différents dispositifs concurrents dont l'un est mis en extinction au profit d'un autre.

4.3 Des conditions communes de réussite pour soutenir les nouvelles formes de coopération entre professionnels

[386] Les protocoles de coopération, la pratique avancée et les "expérimentations articles 51" ont en commun de porter de nouvelles formes de coopération entre professionnels.

[387] En observant de façon critique la mise en place, les succès et les difficultés rencontrés par ces dispositifs, la mission est parvenue à identifier certaines conditions de réussite des projets de recomposition des périmètre et modalité d'intervention entre professionnels :

- Des modalités d'acquisition des compétences qui assurent la sécurité des soins et favorisent la confiance entre professionnels : formation continue certifiée par les professionnels précédemment titulaires de la compétence (préférentiellement à l'université si reprise d'études pour faire bénéficier les professionnels entrant de la qualité) ou validation d'une expérience professionnelle suffisante (assortie éventuellement d'épreuves de mise en situation) ;
- La sécurité juridique : pas de risque de perte des droits d'exercice et de la patientèle acquise par le nouvel entrant en raison d'un remords des professionnels précédemment titulaires de la compétence (sauf faute grave ou insuffisance professionnelle démontrée du nouvel entrant) ;
- La définition précise des conditions de recours à chaque professionnel et de leur positionnement réciproque dans le parcours patient (identification des périmètres d'intervention, conditions d'adressages mutuels entre les professionnels) ;
- La mise en place de normes déontologiques spécifiques à la situation et d'une sanction des débordements *ad hoc* ;
- La valorisation de la prise de responsabilité des professionnels délégataires ou minimisation des coûts de formation et installation suffisants pour rendre attractif l'effort demandé ;
- L'absence de perte financière et gain en qualité de vie au travail pour les professionnels dont dépendent les nouveaux entrants (professionnels délégants, représentants de la profession socle en charge de les représenter dans les instances conventionnelles) ;
- La prise en compte des coûts de coordination supplémentaires induits par la coopération (temps de gestion administrative du dispositif de coopération, d'information mutuelle et d'échange sur les actes réalisés au profit du patient, de renseignement d'un système d'information partagé...) pour tous les professionnels ;

- Le soutien à l'acquisition ou la mise à disposition par les pouvoirs publics d'un SI commun permettant non seulement le partage d'information entre les professionnels mais également l'historicisation de ces informations et leur portabilité en cas de changement de professionnels ou de système, assorti d'une obligation pour tous les professionnels de partager certaines informations indispensables à la prise en soins et l'accompagnement des patients avec les autres professionnels impliqués ;
- La mise en place d'une campagne d'information de grande ampleur destinée à faire comprendre la nouvelle organisation à tous les acteurs pouvant être impactés ;
- L'existence d'une plus-value pour la qualité des soins aux patients, cœur du projet autour duquel pourront se mobiliser tous les professionnels.

[388] Ces conditions ne sont pas exhaustives mais il apparaît à la mission qu'une vérification de leur existence pourrait permettre d'assurer une insertion plus facile et une plus grande viabilité aux projets qui émergeront dans l'avenir.

5 Perspectives : l'opportunité d'aller plus loin

[389] La lettre de mission comporte non seulement une dimension évaluative mais également une dimension prospective.

[390] Cette commande a conduit la mission à engager une réflexion sur l'opportunité de pousser plus loin les dispositifs actuels, proposant un certain nombre d'évolutions à moyen terme de la pratique avancée, et, au-delà, à interroger la pertinence de l'organisation des professions de santé qui découle du Code de la Santé publique et la cohérence des systèmes qui fondent les relations entre ces professions.

5.1 Une évolution qui dépasse la simple réponse à une problématique conjoncturelle d'accès aux soins

5.1.1 Même avec une augmentation significative du nombre d'étudiants formés, les problématiques d'accès aux médecins sont amenées à durer

[391] Une étude de la DREES publiée en Mars 2021¹⁷⁵ incite à relativiser l'amélioration à attendre en termes d'accès aux soins du fait de l'augmentation importante des effectifs de jeunes médecins formés au cours des dernières années. Une analyse plus détaillée des tendances d'évolution démographique de la population médicale et des inégalités d'accès aux professionnels et aux soins se trouve en annexe 8.

[392] Selon cette étude, la densité médicale ne retrouvera son niveau actuel (c'est-à-dire un niveau fortement dégradé¹⁷⁶) qu'en 2035.

¹⁷⁵ Les dossiers de la DREES N° 76 - [Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? - Constat et projections démographiques](#) - Paru le 26/03/2021 Màj le 15/04/2021

¹⁷⁶ Malgré la très forte augmentation du numerus clausus depuis les années 2000, la spécialité de médecine générale a perdu, plus de 5000 praticiens depuis 2015

[393] Pour ce qui concerne les généralistes libéraux, la densité médicale ne devrait retrouver son niveau actuel qu'en 2036. Cette amélioration se ferait au détriment des effectifs de spécialistes libéraux, qui connaîtraient sur la même période une baisse des effectifs. Certaines évolutions sociodémographiques conduisent en outre à relativiser les effets positifs de l'augmentation de la densité médicale. Par exemple, on note d'une manière générale une diminution du temps de travail des médecins au cours des dernières années¹⁷⁷.

[394] Sur le plan de la répartition territoriale, les projections de la DREES sont particulièrement inquiétantes. À comportement et législation constants, en effet, la répartition géographique des médecins resterait très inégale et les inégalités tendraient plutôt à se creuser. Selon la DG Trésor¹⁷⁸, les principaux déterminants d'implantation des étudiants en médecine sont des enjeux de qualité de vie (grandes villes) et de stratégie professionnelle (proximité de CHU prestigieux, réputation de l'hôpital). Ces éléments confortent la probabilité d'une reproduction voire d'une aggravation des différences d'attractivité entre territoires.

[395] Pour la DREES, compte tenu de l'augmentation parallèle de la population, seule une hausse de 20 % du nombre d'étudiants en formation permettrait de combler le creux démographique des 15 prochaines années. Avec la suppression du numerus clausus, cette augmentation n'a été que de 5 %.

[396] Quel que soit le scénario, la situation de pénurie médicale déjà ressentie actuellement devrait donc s'aggraver et se prolonger durablement.

5.1.2 Une évolution des aspirations professionnelles et du rapport à la coopération des jeunes générations à prendre en considération

[397] Au-delà de cette approche démographique, il faut tenir compte de l'impact potentiellement important de l'évolution des aspirations professionnelles des médecins eux-mêmes. Comme en témoigne la récente mobilisation des internes sur le temps de travail à l'hôpital, la recherche d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée¹⁷⁹ est une préoccupation importante pour les jeunes générations, de même que la recherche d'une meilleure qualité de vie au travail. L'appétence marquée des jeunes médecins pour le modèle du salariat¹⁸⁰ est significative de cette évolution qui tend à privilégier la qualité de vie au travail et en général par rapport à la maximisation de la rémunération¹⁸¹.

[398] Ces évolutions ne sont pas sans impact sur le temps médical et pourraient contribuer à diminuer l'accessibilité des médecins malgré l'augmentation de la densité médicale. Les jeunes médecins rencontrés par la mission, bien conscients de ces enjeux tout en étant profondément soucieux de répondre aux besoins de la population, se tournent vers la coopération et le partage des tâches pour trouver des solutions. 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans

¹⁷⁷ Selon S. Jakoubovitch, MC. Bournot, E. Cercier, F.Tuffreau, "Les emplois du temps des médecins généralistes", (DREES Etudes et résultats n°797, mars 2012), le temps de travail moyen des médecins était en 2012 de 57h par semaine. Selon une étude similaire de mai 2019, celui-ci était passé à 54h.

¹⁷⁸ Trésor Eco n°247 – octobre 2019 "Comment lutter contre les déserts médicaux?"

¹⁷⁹ Selon une étude de la commission des jeunes médecins de l'Ordre, les horaires de travail ont déterminé le choix du mode d'exercice pour 46 % des médecins répondant (parmi eux, les 30-40 ans sont majoritaires) et 3 % des jeunes médecins envisagent une activité intermittente.

¹⁸⁰ Selon la même étude, 19 % des jeunes médecins souhaitent un exercice salarié et sur les 72 % qui envisagent de travailler en libéral, ¼ envisagent une activité mixte salariat/activité libérale.

¹⁸¹ Cette priorisation est relative, les jeunes médecins restant soucieux de conserver un niveau de vie en adéquation avec leur niveau d'étude et le niveau élevé de responsabilités et de contraintes associés à leur métier.

exercent en groupe¹⁸². 37 % des médecins généralistes pensant que la situation démographique de leur zone d'activité va se détériorer envisagent de participer à la création ou de rejoindre une structure d'exercice coordonnée ; ils sont 48 % parmi ceux qui exercent en zone sous-dense.

[399] Les générations dites "Y" et "Z"¹⁸³ sont des générations connectées qui valorisent fortement le travail d'équipe, la collaboration et la confiance mutuelle. Elles sont décrites comme rejetant majoritairement les cloisonnements qui isolent, l'autorité, les rapports hiérarchiques et les situations de dépendance.

[400] À l'occasion de l'examen du PLFSS 2022, ces jeunes professionnels ont manifesté fortement leur soutien à une évolution du partage des activités entre professionnels au travers d'une tribune publiée dans le Figaro¹⁸⁴ et d'un communiqué de presse commun de six organisations¹⁸⁵ proclamant : *"Les fédérations représentatives des étudiants en santé et jeunes professionnels de santé signataires de ce communiqué soutiennent les expérimentations proposées dans le PLFSS 2022 ouvrant les possibilités d'accès direct. À l'heure où les tensions entre professions de santé grandissent et au sortir d'une crise sanitaire qui a montré plus que jamais la nécessité d'une coopération étroite entre les acteurs du système de soin, nous tenons à lancer un appel à l'union, au dialogue et à la collaboration entre les professions de la filière, réaffirmant notre volonté de poursuivre une dynamique proactive dans l'évolution de nos métiers."*

[401] La crise COVID a profondément impacté les pratiques et les rapports des professionnels entre eux. Selon le quotidien du médecin¹⁸⁶, *"64 % des infirmiers libéraux, 71 % des médecins de ville et 82 % des officinaux se disent persuadés que les cartes vont être rebattues entre acteurs de santé après le COVID. Et concrètement, ils sont respectivement 69,5, 79 % et 82 % à s'attendre à de nouveaux transferts de compétences des médecins vers les non-médecins une fois passé le séisme sanitaire."*

¹⁸² DREES Etudes et Résultats n°1114 – Mai 2019

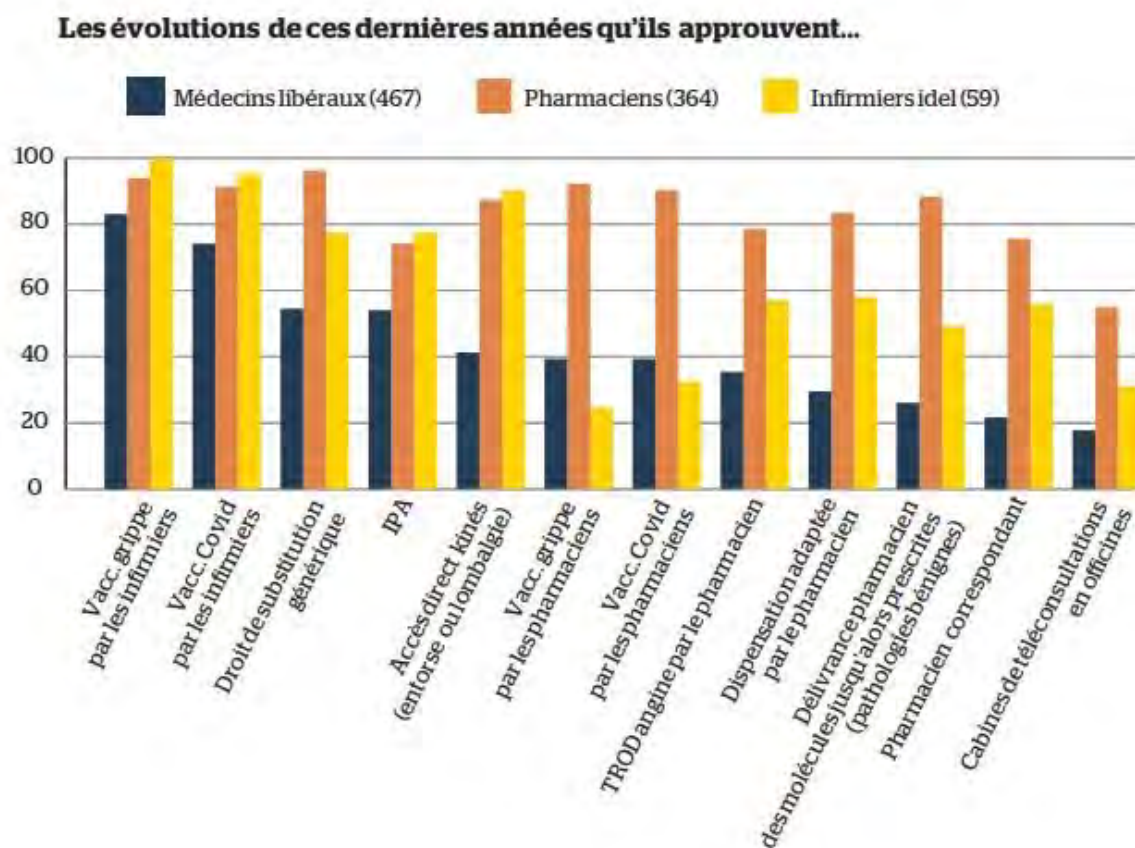
¹⁸³ <https://www.pole-emploi.fr/employeur/des-conseils-pour-gerer-vos-ress/generations-x-y-z--un-rapport-au.html#>

¹⁸⁴ "Loin des corporatismes, repensons l'organisation de notre système de santé !" Tribune collective publiée dans le figaro le 08/11/2021, signée par 73 professionnels dont 21 médecins et 23 infirmiers

¹⁸⁵ CP " Expérimentations en accès direct : une jeunesse soudée face à des avancées historiques", signé par Cécile Thevenet (FAGE), Agathe Lechevalier (REAGJIR), Sophie Heulle (FNEO), Aline Rayer (FFEO), Raphaëlle Gautiez et Galileo Roncone (FNEK) et Laura Faucher (ANESF).

¹⁸⁶ Enquête réalisée conjointement avec le quotidien du pharmacien et le site infirmiers.com sur près d'un millier de professionnels de santé, et dont les résultats ont été publiés par le quotidien du médecin le 29 octobre 2021.

Graphique 2 : Perceptions par les médecins, pharmaciens et infirmiers des nouveaux transferts de compétences



Source : Enquête réalisée conjointement par le quotidien du médecin, le quotidien du pharmacien et le site infirmiers.com sur près d'un millier de professionnels de santé

[402] Selon l'enquête ci-dessus, 83 % des médecins sont favorables à la possibilité de vaccination anti-grippe par les infirmiers et 75 % le sont concernant la vaccination anti-COVID. 54,5 % approuvent le nouveau statut d'Infirmier en pratique avancée (IPA). "Près du tiers des moins de 50 ans est partisan d'aller encore plus loin contre un quart seulement de ceux qui ont dépassé le demi-siècle. Une même inclinaison plus favorable au partage des tâches est observée lorsque l'on s'investit dans une structure de coopération interprofessionnelle type MSP, pôle ou maisons de santé ou équipe de soins primaires". Ces résultats encourageants sont toutefois à relativiser : 73,5 % estiment qu'on ne doit pas envisager de nouveaux transferts de compétences¹⁸⁷. Ils apparaissent particulièrement réticents sur les transferts de prise en charge en premier recours.

[403] Les professionnels déjà impliqués dans des coopérations se montrent cependant volontaires pour aller plus loin. Dans un communiqué commun du 12 novembre 2021, AVEC Santé¹⁸⁸, la fédération nationale des centres de santé (FNCS) et l'union syndicale des médecins de centres de

¹⁸⁷ La question posée englobe les transferts de compétences aux pharmaciens, qui suscitent des réticences particulièrement vives parmi les médecins.

¹⁸⁸ "Avenir des équipes coordonnées – Santé". Association qui représente les ESP, les MSP et les ESP engagées dans des CPTS et qui vise à promouvoir l'exercice pluriprofessionnel coordonné en soins primaires.

santé (USMCS) déclarent ainsi : *"dans les MSP et les CDS pluriprofessionnels, le partage des compétences prévu par le PLFSS 2022 est à la fois pertinent, sécurisé et bénéfique pour les patients"*.

[404] Dans le cadre de ses échanges avec la mission, le Conseil national de l'ordre des médecins a, pour sa part, souligné¹⁸⁹ : *"Les médecins demandent à travailler en équipe pluriprofessionnelle, dans la proximité, pour la prise en charge des patients, et ce dans l'exercice de leur responsabilité populationnelle. Cette coopération peut prendre plusieurs formes :*

- *le lien avec une infirmière en pratique avancée correspondante à qui il adresse les patients qui peuvent relever de ce type de prise en charge. Cet adressage ne traduit aucune dépendance hiérarchique ;*
- *les protocoles de coopération avec d'autres professionnels de santé ;*
- *l'emploi d'assistants médicaux salariés, favorisé par une aide de l'État ou de l'Assurance maladie. Tous les médecins nous disent le bénéfice qu'ils apportent, leur nombre doit être accru.*

Dans toutes ces situations, ce type d'exercice permet de favoriser l'accès aux soins en augmentant la file active."

5.1.3 Les réticences plus ou moins fondées de certains acteurs

[405] Lors de ces nombreuses auditions, la mission s'est efforcée de comprendre les causes des réticences exprimées par certains médecins.

[406] Les principales craintes mentionnées par ces derniers concernent :

- La dégradation de la qualité des soins ou de la sécurité des patients ;
- Les incertitudes en termes de responsabilité juridique que peut entraîner le partage des tâches ;
- Des inquiétudes sur l'aptitude des autres professionnels à respecter leur périmètre de compétence et à assurer un autocontrôle déontologique ;
- Une diminution d'activité qui pourrait, dans un contexte d'élargissement du nombre de médecins formés, mettre en danger, à terme, la viabilité économique de l'exercice médical en libéral.

[407] Au vu des auditions et analyses réalisées par la mission ainsi que des éléments factuels collectés, la plupart de ces craintes apparaissent peu fondées.

[408] Les éléments suivants peuvent permettre de les relativiser :

- Une étude Cochrane¹⁹⁰ (données probantes à partir de revues de la littérature) publiée en juillet 2018 dont l'objectif est de savoir ce qui se passe lorsque les services de soins de santé primaires sont dispensés par des infirmiers plutôt que par des médecins conclut :
 - La prestation de services de soins de santé primaires par des infirmiers plutôt que par des médecins mène probablement à une santé similaire ou meilleure pour les patients et à une plus grande satisfaction des patients ;

¹⁸⁹ Note transmise à la mission le 12 octobre 2021

¹⁹⁰ Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJAH "Les infirmiers(ères) en tant que substituts des médecins de soins primaires " - Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) group - Traduction réalisée par Cochrane France - 16 juillet 2018

https://www.cochrane.org/fr/CD001271/EPOC_les-infirmierseres-en-tant-que-substituts-des-medecins-de-soins-primaires

- Les infirmiers ont probablement aussi des consultations plus longues avec les patients.
- Sur la dégradation de la qualité et la sécurité des soins et l'augmentation des inégalités de santé et la peur d'une médecine à deux vitesses, avec l'évocation récurrente de l'épisode des officiers de santé (voir encadré p.108) :
 - Un des facteurs majeurs des inégalités actuelles est le renoncement aux soins. Des démarches visant à enrichir l'offre ne peuvent que contribuer à réduire ces inégalités ;
 - Les glissements de tâches plus ou moins légaux¹⁹¹ existant actuellement n'ont pas pour autant provoqué une augmentation des événements indésirables et n'ont pas empêché l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins dans de nombreux champs ;
 - Sur les expérimentations menées en France (protocoles de coopération, notamment ASALEE) et dans les pays où des professionnels en pratique avancée interviennent en premier recours, on note plutôt une amélioration de la qualité des soins et une baisse du renoncement aux soins des patients les plus éloignés du système de soins (habitants de zone rurale et populations les plus socialement défavorisées). Un rapport de l'OCDE¹⁹² démontre que la pratique avancée infirmière permet d'améliorer l'accès aux soins, de promouvoir une plus grande qualité des soins, mais aussi de créer un corpus de savoirs scientifiques infirmiers qui renforce l'état de la recherche ;
 - Une part importante des nouveaux partages de compétence envisagés concerne des interventions à risques limités pour le patient.

¹⁹¹ La réalisation de certains actes habituellement pratiqués par des médecins et non mentionnés dans le décret d'acte des professionnels mais ne concernant ni le diagnostic, ni le traitement de maladies (seuls pénalisés par l'exercice illégal de la médecine) n'est en réalité pas illégale. Les professionnels eux-mêmes n'en sont pas toujours conscients...

¹⁹² Rapport OCDE 2010 – "les pratiques avancées infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés".

Les officiers de santé : une référence-clé dans la perception qu'ont certains médecins de l'émergence d'une profession de santé intermédiaire

Créés en 1793 par les révolutionnaires, les “officiers de santé” ont été mis en place afin de répondre aux besoins de santé que les docteurs de l'époque, formés en nombre insuffisant et pratiquant des honoraires trop élevés pour le commun des Français, ne pouvaient satisfaire. Au sein d'“agences de secours” installées dans chaque arrondissement, ils étaient “chargés du soin de visiter à domicile et gratuitement tous les individus secourus par la nation”. Bénéficiant d'une formation moins longue que les docteurs en médecine formés par la faculté¹⁹³ et dotés d'un champ d'intervention théoriquement plus limité¹⁹⁴, ils partageaient à l'origine avec ceux-ci le monopole médical (lui-même édicté en 1803 pour lutter contre l'essor du charlatanisme dans la France post-révolutionnaire). Confrontés dès leur création à une forte opposition des docteurs en médecine¹⁹⁵, qui leur reprochaient de dégrader l'image de la profession et de représenter une concurrence déloyale, le corps des officiers de santé, qui avait déjà considérablement décru pendant la deuxième moitié du XIXe siècle¹⁹⁶, a finalement été mis en extinction¹⁹⁷ en 1892.

Restés, peut-être injustement¹⁹⁸, dans les mémoires à travers la figure littéraire du peu glorieux Charles Bovary, ces officiers de santé sont évoqués par certains médecins afin d'illustrer les risques auxquels la création d'une profession médicale intermédiaire peut selon eux aboutir : dégradation de la qualité et la sécurité des soins, émergence d'une médecine à deux vitesses renforçant les inégalités de santé... On peut cependant remarquer que peu d'éléments objectifs viennent étayer ces arguments : l'espérance de vie a manifestement réalisé des progrès non-négligeables au cours du XIXe siècle¹⁹⁹. Il n'est pas certain que de tels progrès auraient été réalisés sans les officiers de santé pour diffuser et renforcer les mesures d'hygiène et de santé publique ainsi que les nouvelles thérapeutiques auprès des populations les plus défavorisées et rurales. On peut également noter que les conditions dans lesquelles sont intervenus ces officiers de santé²⁰⁰ n'ont plus aucun rapport avec les conditions dans lesquelles exercent aujourd'hui les professionnels de santé.

Selon certains auteurs, l'épisode des officiers de santé constitue surtout l'épisode inaugural d'un “bras de fer” séculaire entre les élites médicales et les pouvoirs publics sur l'organisation de la médecine en France”.

- **Sur la responsabilité juridique :**

Les conséquences juridiques d'un nouveau partage des compétences sont en pratique limitées : les médecins n'assument aujourd'hui cette responsabilité au profit des paramédicaux que quand ils interviennent sous leur supervision dans un cadre non-salarié, sans avoir commis de faute personnelle. Quand ils exercent en tant que salariés, hors faute personnelle, la responsabilité est assurée par l'employeur. En cas de faute personnelle ou s'ils interviennent sur prescription ou dans

¹⁹³ “Pour devenir officier de santé, il fallait réussir un examen départemental à l'issue de trois ans d'études ou de cinq ans de pratique dans un hôpital, ou encore après six ans d'apprentissage auprès d'un docteur” – TABUTEAU Didier, “L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary”, Droit social, N° 4, 2009/04, pages 383-392.

¹⁹⁴ “Ils porteront les premiers secours aux malades, aux blessés, traiteront les affections les moins graves, s'occuperont des pansements communs et journaliers ; et, leur science principale devant consister à reconnaître les cas où ils ne doivent pas agir, ils formeront, sans doute, une classe moins relevée dans la hiérarchie médicale” – Déclaration de Michel-Augustin Thouret, directeur de la faculté de médecine de Paris au début du XIXe siècle.

¹⁹⁵ Plusieurs projets de loi visant à les supprimer ont été déposés par des députés médecins tout au long du XIXe siècle.

¹⁹⁶ On recense 7456 officiers de santé pour 10643 docteurs en 1847. Ils ne sont plus que 3203 en 1881, exerçant aux côtés de 11 643 docteurs.

¹⁹⁷ Les derniers représentant de ce corps continueront d'exercer jusque dans les années 1950.

¹⁹⁸ On pourrait également évoquer la figure, elle, bien réelle de Pierre-Fidèle Bretonneau (1778-1862), formé initialement à l'école de santé de Paris, devenu médecin chef de l'hôpital de Tours après avoir validé tardivement son doctorat au bout de 15 ans de pratique en tant qu'officier de santé, célèbre pour avoir identifié la typhoïde et la diphtérie. <https://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/bretonneau.html>

¹⁹⁹ L'espérance de vie à la naissance était de 34,9 ans en 1806. Elle atteignait 43,3 ans en 1892.

[1806-1997: Jacques Vallin et France Meslé, 2001, Tables de mortalité françaises pour les XIXe et XXe siècles et projections pour le XXe, Paris, Ined, 120p. + CD-rom \(Données statistiques, n°4-2011\).](#)

²⁰⁰ Etat et diffusion des connaissances médicales, diversité des moyens thérapeutiques mais également conditions de communication et de déplacement vers le médecin en cas de réel besoin d'une consultation médicale.

le cadre de leur rôle propre, les paramédicaux assument déjà en propre la responsabilité de leur intervention.

- Sur les inquiétudes sur l'aptitude des autres professionnels à respecter leur périmètre de compétence et assurer un autocontrôle déontologique

[409] Sur un tel sujet, seule l'expérience réelle de la situation permet de lever les préjugés. La mission observe qu'aucun argument de ce type n'a été soulevé par des médecins coopérant étroitement avec des auxiliaires médicaux. Avec le temps, on pourrait espérer qu'émerge entre médecins et professionnels paramédicaux en pratique avancée un principe de confiance similaire à celui existant entre médecins traitants et médecins spécialistes.

[410] Certaines des craintes exprimées à cet égard sous-entendent une présomption d'imprudence et de vénalité qui ne trouve pas de confirmation. Selon l'étude Cochrane citée plus haut, le recours à des infirmiers plutôt qu'à des médecins ne fait que peu ou pas de différence dans le nombre d'ordonnances et de tests prescrits. À titre d'illustration, si les substituts nicotiques sont prescriptibles par les infirmiers, ils font en réalité peu usage de ce droit, préférant offrir un accompagnement sous forme d'éducation à la santé même si celui-ci leur demande un temps plus important sans rémunération supérieure.

[411] Si les auditions réalisées par la mission montrent que les professionnels délégataires ont plutôt tendance à trop faire appel aux médecins²⁰¹, on ne peut toutefois écarter le risque, majoré si le professionnel intervient en première ligne, que des professionnels à compétence limitée débordent de leurs compétences face aux demandes non-hiérarchisées des patients²⁰². Face à ce risque, la mission identifie trois facteurs de prévention :

- Une meilleure information des patients sur ce qu'ils peuvent demander ou non à chaque professionnel ;
 - La lutte contre l'isolement professionnel : le partage d'expériences entre pairs renforce la normalisation des pratiques professionnelles. En outre, plus la coopération avec le médecin est étroite, plus il est simple de recourir à lui, moins le professionnel qui travaille avec lui sera tenté de déborder de son périmètre d'intervention ;
 - Le renforcement du contrôle déontologique assuré par les instances ordinales.
- Sur l'impact de ces changements sur l'activité des médecins :

[412] Patrick Bouet, président du conseil national de l'ordre des médecins, soulignait dans une récente interview²⁰³ : *"Certes, les difficultés démographiques sont là, mais dans les cinq ans qui viennent, avec les mesures de réforme, nous allons avoir entre 55.000 et 70.000 médecins qui vont sortir [des facultés]. Comment allons-nous les intégrer dans le dispositif déstructuré que l'on nous propose aujourd'hui ? Ces derniers vont entrer en concurrence avec des professionnels qui eux-mêmes n'ont pas eu un paysage balisé du parcours de santé."*

²⁰¹ Cette impression d'excès a été exprimée par des médecins se plaignant d'y consacrer un temps conséquent sans être rémunéré pour cette coordination,

²⁰² Certains témoignages recueillis par la mission montrent que ce risque est réel.

²⁰³ Egora.fr "L'heure est grave" : contre les transferts de compétence, le président de l'Ordre des médecins sonne la charge
Par Louise Claereboudt le 04-11-2021

[413] Outre les éléments déjà présentés dans l'analyse démographique fournie plus haut qui relativisent le risque de surpopulation médicale parfois évoqué, on peut souligner que :

- Un des enjeux majeurs de ces nouveaux partages est la diminution de la place des soins programmés non-critiques par rapport aux prises en charge aiguës dans l'agenda des médecins généralistes. Ce rééquilibrage devrait permettre de réduire les délais de réponse aux demandes de consultations et de limiter le renoncement aux soins ou le report vers les services d'urgences des patients, sans diminuer l'activité quotidienne des médecins.
- De nombreux médecins généralistes souffrent de surmenage²⁰⁴ : plutôt que d'aboutir à un manque d'activité, le partage des activités pourrait s'effectuer au profit d'une meilleure qualité de vie au travail et d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, revendications fortes parmi les jeunes générations de médecins et facteur d'attractivité non-négligeable pour la profession.
- Certains médecins disent craindre que leur activité devienne de plus en plus concentrée sur des prises en charge complexes, chronophages. Or, au vu des témoignages recueillis, on peut penser que les IPA vont aussi prendre en charge des patients qui demandent un accompagnement médico-psycho-social, ce qui allégera la charge des médecins.

[414] Plus fondamentalement, derrière ces arguments, il est probable que s'exprime un questionnement identitaire de la profession médicale face à de nombreuses évolutions simultanées qui bousculent leurs pratiques et la place des médecins dans le système de soins²⁰⁵.

5.1.4 La nécessité de penser ces évolutions autour des besoins des patients et de la qualité des prises en charge

[415] Par-delà les méfiances et les corporatismes, l'ensemble des professionnels de santé s'accordent sur un point : le souci de répondre au mieux aux besoins des patients et de leur offrir la meilleure qualité de prise en charge et d'accompagnement possible.

[416] Afin d'apprécier la vision des patients sur les évolutions en cours, la mission a administré avec la coopération de France assos santé, un questionnaire proche de celui réalisé auprès des professionnels par le quotidien du médecin, le quotidien du pharmacien et infirmiers.com. Le résultat de cette enquête est détaillé en annexe 10. Il en ressort une forte acceptabilité des transferts de compétences entre médecins et infirmiers et du possible recours à une IPA pour le suivi.

[417] Le développement de l'intervention de professionnels médicaux en complément et en aval du médecin répond aux besoins de communication, d'aide à la coordination, de prise en charge globale et humaine exprimés en général par les patients.

[418] Leur positionnement en première ligne, en amont du médecin (accès direct), pour offrir une première réponse plus accessible (délais ou distance à parcourir moins longs) à leurs problèmes de santé répond au besoin croissant d'immédiateté des populations. Le succès rencontré ces dernières

²⁰⁴ En 2019, 7 médecins généralistes sur 10 estimaient que l'offre de médecine générale dans leur zone d'exercice était insuffisante. (DREES Etudes et résultats n°1140 - Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale - janvier 2020).

²⁰⁵ Cf. lettre adressée à la présidence de l'assemblée nationale par l'ordre des médecins et les syndicats de médecins libéraux (MG France, Union syndicale Avenir Spé - Le Bloc, la Fédération des médecins de France, UFML-Syndicat, CSMF, SML) le 4 novembre 2021. <https://www.egora.fr/actus-pro/politique-de-sante/69728-une-mesure-qui-vide-de-sens-la-notion-meme-de-medecin-traitant>

années par des offres de prises en charge personnalisées, immédiates en accès direct même quand celles-ci ne sont pas prises en charge par la sécurité sociale²⁰⁶ en est symptomatique.

[419] Les patients sont par ailleurs de mieux en mieux informés et donc de plus en plus capables d'apprécier la gravité et l'urgence des situations les concernant pour s'orienter vers la bonne stratégie de prise en charge (professionnel paramédical de proximité, médecin généraliste, service d'urgences)²⁰⁷.

[420] Par rapport à d'autres options telles que le suivi à distance, la téléconsultation ou le télésoin, la possibilité d'accéder physiquement à un professionnel humain offre une plus-value incontestable en termes de réassurance et de rupture de l'isolement social. Certains patients soulignent en outre une plus grande facilité de communication avec des professionnels paramédicaux dont le profil socio-culturel s'approche du leur, qu'avec certains médecins²⁰⁸.

[421] La mission identifie toutefois des risques majeurs associés à la multiplication des acteurs intervenant successivement ou en parallèle auprès du patient :

- Une fragmentation du parcours de soins allongeant les délais de rencontre avec le professionnel détenant la solution au problème soulevé ;
- Un risque de désorientation des patients et de déshumanisation de la prise en charge ;
- Le risque d'une communication insuffisante entre les professionnels ou de manque d'alignement entre eux en termes de stratégie thérapeutique aboutissant à des erreurs de diagnostic ou des incohérences de traitement et in fine une perte de confiance du patient dans le système de soins ;
- Le risque, en multipliant les accès directs, de favoriser des interventions de premier recours en silo au détriment d'une prise en charge globale et holistique du patient.

[422] C'est la raison pour laquelle la mission insiste fortement sur la place centrale à préserver :

- du médecin traitant qui assure la définition de la stratégie thérapeutique, et la coordination entre tous les professionnels, garantissant la cohérence des soins;
- et de l'infirmier libéral assurant les visites quotidiennes à domicile qui garantissent le suivi quotidien et l'entretien d'un lien relationnel de proximité avec les patients nécessitant ce type de soins.

[423] La mission insiste également sur le rôle majeur pour accompagner ces évolutions :

- du renforcement des outils de communication et de partage d'information entre professionnels ;
- de la levée des obstacles qui dissuadent les professionnels à accorder le temps nécessaire à la coopération et à la communication en dehors du face-à-face avec le patient ;

²⁰⁶ Ex: succès des ostéopathes (avec de nombreux MK qui se réorientent vers cette profession, au final plus lucrative que la leur, même si non remboursée) et des thérapies alternatives telles que l'homéopathie

²⁰⁷ Selon une étude réalisée par le Dr Youri Yordanov, urgentiste (hôpital Saint-Antoine, Paris AP-HP) avec l'aide de la Société française de médecine d'urgence (SFMU), de l'Inserm et de la faculté de médecine Sorbonne Université, parue le 30 octobre 2019 dans la revue [British Medical Journal Quality & Safety](#), portant sur un échantillon de 29.407 patients adultes en France : alors que les passages "inappropriés" aux urgences représenteraient dans tous les pays entre 20 % et 40 % de l'ensemble des consultations, ce chiffre ne serait en réalité que de 6 % en France. Près de 10 % des patients déclaraient être venus aux urgences faute de médecin généraliste disponible en ville le jour même ou le lendemain.

²⁰⁸ A contrario, certains médecins soulignent une plus-value en terme d'observance des prescriptions liée à "l'autorité" supérieure, selon eux, du médecin. La mission ne dispose d'aucune donnée permettant de conforter cette assomption.

- de la poursuite de l'essor des modalités collectives d'exercice, cadre beaucoup plus adapté au développement des collaborations que l'exercice isolé.

[424] Un dernier élément apparaît essentiel à la mission : préserver autant que possible le choix des professionnels qui le prennent en charge par le patient. Les modalités de constitution des équipes coordonnées sont aujourd'hui pour la plupart à l'initiative des professionnels. Afin de ne pas perdre la principale raison d'être du secteur libéral, la mission trouverait intéressant d'expérimenter des modalités de constitution d'équipe à l'initiative du patient ou du moins conçues autour de ses besoins de prise en charge, tels que les équipes de soins primaires (ESP), les équipes de soins spécialisées (ESS) ou le système ESCAP en cours d'expérimentation.

5.2 L'extension de la pratique avancée : derrière les enjeux de reconnaissance, des critères décisionnels à définir

5.2.1 Une acception "française" de la pratique avancée mal comprise par les professionnels : le cas emblématique des IADE

[425] Bien que s'inspirant des modèles internationaux, le modèle français de PA est en réalité hybride²⁰⁹. Se revendiquant du "nurse practitioner" à l'anglo-saxonne, qui dispose d'une autonomie élargie incluant accès-direct, diagnostics simples et primo-prescription, la version française de la pratique avancée n'offre cependant pas cette autonomie. Elle reste dans ses conditions de mise en œuvre au milieu du gué sans choisir de doctrine.

[426] Cette situation crée de la confusion chez les infirmiers déjà diplômés en pratique avancée, qui souffrent de ce manque d'autonomie en décalage avec la philosophie de leur formation et la littérature internationale. Elle suscite également de la frustration et de l'incompréhension chez les professionnels qui n'ont pas été reconnus d'emblée en pratique avancée en France alors qu'ils le sont dans d'autres pays. Elle ouvre la porte à des interprétations erronées qui opposent les professionnels parfois sans réel fondement.

[427] La situation des infirmiers anesthésistes (IADE) illustre parfaitement ce cas de figure avec :

- d'un côté les infirmiers anesthésistes qui, partout ailleurs, sont reconnus en pratique avancée comme infirmiers cliniciens spécialisés, et sont les premiers infirmiers en France à s'être vu reconnaître un grade de Master ;
- et de l'autre côté, les médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) qui craignent l'importation du modèle américain et imaginent difficilement une pratique avancée qui ne dispose pas de toute l'autonomie des *Certified registered nurse anesthetists*, alors même que les IADE eux-mêmes ne demandent rien de tel.

²⁰⁹ Luan L., La difficile création de la pratique avancée infirmière en France. Construction du cadre législatif et réglementaire et première mise en œuvre. Mémoire de master 2 Médecine, Droit et Politiques de Santé, Université de Paris – Sciences Po Paris, juin 2021

" Si les IPA possèdent un droit de prescription (restreint) ce qui peut tenter de faire un rapprochement avec le modèle des infirmières praticiennes, nous constatons également que parmi les domaines d'intervention retenus, seules figurent des pathologies chroniques (ou des facteurs de risque) et non des soins aigus, rapprochant en cela le modèle adopté des infirmières cliniciennes spécialistes, qui n'interviennent qu'une fois un diagnostic posé, et pas en premier recours. Le modèle français adopté est donc résolument un modèle hybride de la pratique avancée."

[428] Ils revendiquent en revanche la reconnaissance de leur pratique actuelle comme pratique avancée, une meilleure visibilité de leur intervention dans le processus anesthésique et une reconnaissance statutaire des responsabilités qu'ils assument.

[429] Les IADE mettent en exergue le décalage entre la réalité et les normes affichées. Ainsi, même quand ils assurent dans les faits, sans présence physique du médecin anesthésiste, la gestion d'un patient en salle d'opération, le rôle des infirmiers anesthésistes n'est, aux dires de ces derniers, quasiment jamais mentionné dans les comptes-rendus post-opératoires, le médecin ou la structure assumant en tout état de cause la responsabilité de l'intervention en cas d'événements indésirables.

[430] On peut cependant noter qu'en dépit des très nombreuses délégations de tâches dont témoignent à la fois les IADE et les MAR, le nombre d'incidents en salle d'opération n'a cessé de diminuer au cours des 20 dernières années et la sécurité anesthésique n'a cessé d'augmenter. Dans les cas où les patients sont conscients d'avoir été pris en charge par un autre professionnel en lieu et place d'un médecin, on n'a pas non plus constaté d'augmentation des plaintes au regard de la qualité des soins prodigués.

[431] Sur le point de savoir si la pratique des IADE est ou non une pratique avancée infirmière, l'analyse de la mission est la suivante :

Tableau 13 : Analyse de la situation des IADE au regard des caractéristiques actuelles de la pratique avancée

	Par rapport aux Infirmiers socles, les IPA se caractérisent par:	Les IADE :
En termes de profil	Une expérience de 3 ans minimum d'IDE et une formation de 2 années supplémentaires.	Réunissent presque exactement les mêmes conditions d'expérience (2 ans au lieu de 3). L'augmentation de la durée d'ancienneté exigée ne présente pas de difficultés pour les IADE.
En termes de périmètre de compétence et de complexité de la prise de décision	Des "actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et para-clinique", "des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales" Prise de décisions complexes.	Sont définis par l'annexe III de l'arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier-anesthésiste comme "un praticien autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire capable d'analyser toute situation de santé, de prendre les décisions dans les limites de son rôle, et de mener des interventions, seul et en collaboration avec le MAR, dans le domaine de l'anesthésie, de la réanimation, de l'urgence." Au vu des témoignages recueillis, les IADE assurent pendant l'anesthésie, la surveillance des signes cliniques pouvant indiquer une détresse du patient et sont en mesure d'ajuster, en fonction, les posologies des produits perfusés. Ils maîtrisent des actes d'une grande technicité (abords veineux, intubations dans le cadre des transports inter-hospitaliers...). Les IADE sont majoritaires dans les adhérents au protocole sur les voies veineuses centrales (cette pratique est incluse dans leur formation à défaut d'être dans leur décret d'acte). Prise de décisions complexes.
En termes d'autonomie d'intervention par rapport aux médecins	Une intervention autonome sans supervision du médecin mais en en référant à lui dès que la situation du patient évolue significativement.	Les IADE évoquent une "autonomie médicalement supervisée", dans laquelle, même si le médecin est à proximité sur le site, l'IADE n'intervient pas nécessairement en sa présence ni sous sa supervision directe. Au contraire, il peut intervenir seul en salle et

		<p>prendre un certain nombre de décisions, y compris d'adaptation quantitative de prescription sans en référer au médecin dans le cadre du respect de la stratégie anesthésique définie par le MAR. La sécurité de cette pratique est admise par les assurances elles-mêmes²¹⁰.</p> <p>Le rapport au médecin est donc en réalité autant distancié sur le plan clinique pour les IADE que pour les IPA qui s'inscrivent également dans une démarche thérapeutique décidée par le médecin. Seule la cinétique d'action diffère : la situation de risque vital pour le patient exige une proximité physique du médecin plus importante pour les IADE que pour les mentions actuelles d'IPA.</p> <p>La situation des IADE se rapproche de celle des IPA Urgences et des IPA qui exercent au sein d'une équipe où le médecin est en permanence accessible.</p>
En termes d'autonomie dans l'accès à la patientèle	Un patient "confié par le médecin".	La confiance du MAR dans l'IADE qu'il laisse assurer seul la gestion du patient en salle d'opération dans une situation nécessitant une constante supervision revient à "confier le patient".
En termes de champs d'intervention	Même si les IPA en France ont d'abord été pensés en référence au modèle du "nurse practitioner" généraliste, les mentions actuelles interviennent dans un périmètre très spécialisé, parfois inférieur à celui d'une spécialité médicale	Les IADE interviennent sur un champ dimensionné par rapport à une voire plusieurs spécialités médicales.
En termes de risques et de responsabilité	Les IPA interviennent en responsabilité propre mais sur des situations à risque limité.	Les IADE interviennent sur des situations à haut risque mais sous responsabilité des MAR. Ils sont disposés à assumer en propre la responsabilité de leurs actes quand le patient leur est confié.

Source : *Analyse de la mission sur la base des art. L4301-1 et R4301-1 du CSP (définition de la pratique avancée et du cadre d'exercice des infirmiers en pratique avancée) et des éléments ou témoignages recueillis sur la pratique des IADE*

[432] La mission relève en outre qu'en 2016, la Présidence de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) apportait ainsi l'analyse de la société savante : *"Du point de vue de la SFAR, pour ce qui est de l'exercice de l'anesthésie, clairement, les IADE sont déjà en exercice de pratique avancée. L'autonomie médicalement encadrée existe très largement quand un médecin anesthésiste-réanimateur supervise deux salles d'opération avec une IADE dans chaque salle. Aucune autre profession paramédicale n'a actuellement ce degré d'autonomie et de responsabilité dans la prise en charge des patients"*.

[433] En 2021, non seulement la SFAR a réaffirmé cette position²¹¹, mais le conseil international des infirmiers a publié des "Directives sur la pratique infirmière avancée - Infirmières anesthésistes"²¹² reconnaissant clairement l'exercice des infirmiers anesthésistes comme une pratique avancée dans sa définition internationale. Ne pas leur reconnaître ce titre en France pourrait donner l'impression trompeuse que l'expertise des IADE française serait inférieure à celle des infirmiers anesthésistes formés et exerçant à l'étranger, alors même que la Fédération internationale des infirmiers-

²¹⁰ <https://www.sham.fr/blog/prevention-des-risques/un-anesthesiste-peut-il-surveiller-plusieurs-salles-simultanement>

²¹¹ Positionnement SFAR vis-à-vis de la pratique avancée IADE (communiqué du 15 février 2021) : <https://sfar.org/la-sfar-soutien-les-iade/> "De fait, les IADE exercent en pratique avancée, en autonomie déléguée aux cotés des médecins anesthésiste-réanimateurs".

²¹² https://www.icn.ch/system/files/documents/2021-05/ICN_Nurse-Anaesthetist-Report_FR_web.pdf

anesthésistes (IFNA) reconnaît, au vu du niveau de formation et de pratique de la déclinaison française de la profession, la légitimité pour elle d'accéder à la pratique avancée. Cette situation est incompréhensible et inacceptable pour les professionnels.

[434] Face aux revendications des IADE d'être reconnus en pratique avancée, le CNP ARMPO argue principalement d'un risque de remise en cause du *"Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 (décret de sécurité de l'anesthésie) qui a permis la réduction par un facteur 10 du risque anesthésique en plaçant les IADE sous le contrôle exclusif d'un médecin AR"*²¹³, créant *"une brèche irréparable en termes de qualité des soins"*.

[435] La mission note en premier lieu, au vu des courriers de nombreux MAR qui ont été portés à sa connaissance²¹⁴ et des manifestations de soutien diffusées sur Twitter par des MAR ainsi que d'autres professionnels (notamment chirurgiens) intervenant aux côtés des IADE en salle d'opération, que cette analyse est loin d'être partagée par les professionnels de terrain.

[436] Après analyse du contenu du décret de 1994, elle relève que le seul point de ce texte qui entrerait en contradiction avec les principes de la pratique avancée est l'intervention des IADE *"sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur"*. L'impact de ce décret sur la réduction des risques anesthésiques que souligne le CNP ARMPO lui semble bien plus imputable au reste du contenu du décret qu'à l'attribution de la responsabilité juridique de l'intervention des IADE aux MAR. La mission ne voit pas en quoi, l'intervention des IADE sous leur propre responsabilité pourrait diminuer la sécurité anesthésique des patients. Au contraire, sans amoindrir la responsabilité des MAR, cette évolution ne peut que contribuer à renforcer l'engagement des IADE au profit de la sécurité des patients. Même agissant sous leur responsabilité propre en tant qu'IPA, les IADE resteront, comme les autres IPA, tenus d'agir dans le cadre de la stratégie thérapeutique définie par les médecins et en étroite collaboration avec ceux-ci, comme c'est le cas à l'heure actuelle.

[437] Du point de vue de la mission, la pratique des IADE doit donc être reconnue comme une pratique avancée infirmière.

Recommandation n°29 Réaliser, dès que possible, les évolutions législatives et réglementaires indispensables pour pouvoir intégrer les IADE dans la pratique avancée infirmière.

[438] Toutefois, la définition législative actuelle de la pratique avancée "à la française" rend techniquement problématique la reconnaissance des IADE en tant qu'IPA.

[439] Pour que celle-ci soit possible légalement, il faudrait d'abord que le diplôme d'IADE soit "délivré par l'université". Cette condition, sine qua non sauf à écarter la pratique avancée du projet global d'universitarisation des formations paramédicales²¹⁵ (ce que la mission considérerait fortement dommageable), est la plus bloquante. L'universitarisation du diplôme des IADE est une réforme complexe que la mission n'a pu expertiser que superficiellement, faute de mission conjointe avec l'IGAENR. Une fois cette universitarisation réalisée, restera la question des IADE déjà diplômés dont le diplôme n'a pas été "délivré par l'université". Cette difficulté pourrait être levée en insérant dans l'article L4301-1, à la suite de "délivré par une université habilitée à cette fin dans les conditions mentionnées au III", une disposition transitoire indiquant "ou d'un diplôme équivalent dont la liste est précisée par arrêté du ministre en charge de la Santé".

²¹³ Avis communiqué au ministre de la santé et des solidarités suite à la grève des IADE débutée le 2 novembre 2021.

²¹⁴ <https://www.soutien2021.site.snia.net/>

²¹⁵ Stéphane Le Bouler - Février 2018 : Mission universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique

[440] Une telle modification des conditions de diplôme permettrait d'intégrer dès à présent, dans l'attente de l'universitarisation de leur diplôme et à titre dérogatoire, les IADE déjà diplômés ne disposant pas d'un DE délivré par l'université. Il s'agirait dans cette hypothèse d'une disposition transitoire prenant fin à la date d'universitarisation des formations concernées²¹⁶.

[441] A droit constant, il faudrait en outre que la condition d'ancienneté préalable pour exercer en tant qu'IADE soit alignée sur celle des IPA (3 ans). Ce point devra être expertisé même si, les IADE rencontrés par la mission ne sont pas opposés à cette modification.

[442] Mais au-delà de ces obstacles techniques, il faudrait, plus fondamentalement que l'acception française de la pratique avancée soit plus large qu'elle ne l'est actuellement, le modèle du *"nurse practitioner"*, qu'ambitionne de rejoindre la pratique avancée à la française, n'étant pas la valence de la définition internationale de la pratique avancée qui s'adapte le mieux aux IADE.

5.2.2 L'opportunité de reconnaître deux types de pratiques avancées

[443] L'examen des différents projets d'extension de la pratique avancée et l'absence de doctrine claire permettant d'en arbitrer l'issue, invitent à reconsidérer le choix français d'une pratique avancée unique mais hybride. Celui-ci est manifestement trop peu lisible pour permettre une bonne appréhension du concept et une traduction homogène de celui-ci sur le plan opérationnel par l'ensemble des acteurs.

[444] Après analyse de la littérature internationale et écoute des arguments de l'ensemble des acteurs concernés, la mission juge pertinent de subdiviser la pratique avancée en deux valences:

- Les infirmiers en pratique avancée spécialisés ;
- Les infirmiers praticiens en pratique avancée²¹⁷.

Cette distinction s'inspire de la définition du conseil international des infirmiers (CII)²¹⁸ et de certains modèles étrangers tels que l'association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC).

²¹⁶ L'arrêté mentionnerait explicitement cette date selon une formule du type "DEIA délivré avant le 1^{er} janvier 2025".

²¹⁷ Après avoir étudié plusieurs options d'appellation, la mission préconise spécifiquement ces appellations. Le terme de clinicien, employé à l'international pour désigner les IPA spécialisés, créerait en France de la confusion, ce terme évoquant en France une approche globale du patient qui correspond plus à ce que les étrangers appellent praticiens. De même, des appellations évoquant plus précisément le premier recours ou les soins primaires ont été étudiées pour les infirmiers praticiens mais écartées car considérées trop restrictives.

²¹⁸ CII - Directives sur la pratique infirmière avancée - 2020

Tableau 14 : Proposition de la mission pour différencier l'IPA spécialisé de l'IPA praticien

	IPA spécialisé	IPA praticien
Profil	Exercice préalable conférant une expérience avérée de la relation patient et la parfaite maîtrise des compétences soles	Exercice préalable conférant une expérience approfondie de la relation patient et une très bonne connaissance du système de soin.
Formation	Formation en sémiologie et analyse clinique Formation plus pratique incluant l'apprentissage de procédures et gestes techniques complexes	Formation en sémiologie et analyse clinique Formation plus théorique centrée sur l'analyse diagnostique et la définition du traitement
Complémentarité apportée par rapport à l'intervention médicale	Prise en compte globale du patient dans une démarche de soins spécialisés Détection des situations justifiant le retour vers le médecin	Rôle d'orientation initiale (appréciation de la nécessité du recours au médecin) Suivi approfondi au long cours de patients diagnostiqués dont la prise en charge nécessite un accompagnement spécifique Détection des situations justifiant le retour vers le médecin
Définition	Infirmiers experts dispensant des soins directs complexes et spécialisés, avec une approche systémique du patient	Praticiens autonomes capables de diagnostiquer et de traiter des affections en fonction de directives reposant sur des données probantes (ex. : référentiels HAS)
Domaine de pratique Description du poste	Pratique spécialisée intervenant en déclinaison d'une stratégie thérapeutique définie en équipe après diagnostic médical. La gestion des patients comprend l'autorisation d'ajuster et renouveler des médicaments et des produits thérapeutiques, d'orienter les patients vers d'autres services, de surveiller l'état général du patient et de détecter de nouveaux problèmes de santé. L'IPA spécialisé joue un rôle primordial dans l'avancement de la pratique infirmière, y compris en matière de recherche et de formation interdisciplinaire.	Pratique de soins de santé complète, examen et évaluation autonomes des patients, y compris la mise en place d'un traitement. La gestion des patients comprend l'autorisation de prescrire des médicaments et des produits thérapeutiques, d'orienter les patients vers d'autres services, de surveiller l'état général du patient et de détecter et traiter de nouveaux problèmes de santé aigus et chroniques, principalement dans les services de soins de santé directs. Cette pratique inclut l'intégration de la formation, des recherches et du leadership, tout en mettant l'accent sur les soins cliniques directs
Champ d'intervention	Limité à un domaine de compétence	Limité à des motifs de consultation simples ou un type de patientèle
Environnements de travail	Plutôt basé dans un hôpital ou un cadre institutionnel de soins de santé avec une spécialisation particulière.	Intervention de "première ligne". Plutôt basé en soins primaires ou à la frontière ville-hôpital et dans d'autres milieux pouvant inclure des soins de premiers recours (ex.: services d'urgences hospitaliers).
Exemple de répartition des mentions (actuelles et potentielles)	Oncologie et hémato-oncologie Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale IADE Psychiatrie et santé mentale (dans sa définition actuelle) Pathologies chroniques stabilisées et poly-pathologies courantes en soins primaires (dans sa définition et ses modalités d'intervention actuelles)	Urgences Soins primaires (voir recommandation 33)

Source : Analyse de la mission

[445] Cette structuration présente l'avantage de proposer à chaque valence des trajectoires d'évolution propres, parallèles mais distinctes offrant les opportunités suivantes :

- Evolution possible vers la pratique avancée des infirmiers spécialisés, reconnaissant leur niveau de formation et valorisant leurs compétences ;

Cette évolution concerne d'ores et déjà les IADE, et permettra également à l'avenir d'intégrer les autres infirmiers spécialisés (infirmiers de bloc opératoire et infirmiers puériculteurs), sous réserve de les avoir au préalable alignés sur les pré-requis essentiels de la pratique avancée infirmière (référentiel d'activité comprenant des compétences à caractère médical, diplôme de niveau master délivré par l'université, référentiel de formation incluant une solide formation clinique et sémiologique). Leur affectation à l'une ou l'autre des valences de pratique avancée infirmière sera déterminée en fonction du contenu des référentiels d'activité et de compétence qui seront créés.

- Evolution des IPA praticiens vers un modèle d'exercice plus autonome ;
- Essor de pratiques infirmières expertes complémentaires à l'approche médicale (intervenant surtout en pré-diagnostic ou complément de traitement) ;
- Essor de pratiques infirmières plus holistiques et décisionnelles.

Recommandation n°30 Elargir la notion de pratique avancée en distinguant deux types de pratiques avancées : les infirmiers en pratique avancée spécialisés, les infirmiers praticiens en pratique avancée.

[446] Une fois cette distinction établie :

Recommandation n°31 Reclasser les différentes mentions IPA dans ces deux catégories et créer, dans la catégorie "infirmiers en pratique avancée spécialisés" une mention "anesthésie" permettant d'y rattacher les IADE, en assouplissant à titre transitoire la condition législative d'un diplôme "délivré par l'université".

5.2.3 Des critères pour qualifier des pratiques comme "avancées"

5.2.3.1 Quelques notions déterminantes pour comprendre et se projeter

[447] Le foisonnement de demandes de création et de reconnaissances de nouvelles pratiques avancées, nécessite également de clarifier une doctrine et d'identifier des critères et définitions pertinents pour qualifier et grader les différentes situations.

[448] Sur la base des différents rapports Berland notamment celui de 2011²¹⁹, un rapport IGAS/IGAENR de 2013²²⁰ propose la définition suivante de différents niveaux de pratique en fonction des compétences et de formation existants ou possibles :

²¹⁹ L. Henart, Y.Berland, D.Cadet - Janv 2011 : Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire

²²⁰ M2013-081 - Les formations paramédicales : Bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD - Vincent MARSALA (IGAS), Isabelle ROUSSEL et Patrick ALLAL (IGAENR).

Tableau 15 : Définition de différents niveaux de pratique au regard des compétences et des niveaux de formation

L'expertise	Haut niveau de maîtrise des compétences du métier socle portant sur l'ensemble des savoirs et savoir-faire ou sur un champ particulier de son exercice	Adaptation à l'emploi et développement professionnel continu
La spécialisation	Réalisation d'autres activités et actes que ceux du métier socle ; ces activités et actes spécialisés définis par le code de la santé publique en plus de ceux du métier socle.	Acquisition de compétences, savoirs et savoir-faire différents de ceux acquis par le diplôme de base : formation diplômante complémentaire
La pratique avancée	Exercice du métier dans lequel le professionnel va au-delà du champ de compétence défini réglementairement pour sa profession ; possibilité de prises de décision qui vont au-delà du positionnement habituel du professionnel dans le champ de la responsabilité médicale telle que la consultation, la prescription en lieu et place du médecin.	Formation diplômante
Nouveaux métiers ou métiers intermédiaires	Activités, compétences et savoirs propres et autonomes par rapport à des métiers existants	Formation diplômante

Source : Rapport IGAS/IGAENR -2013

[449] Au-delà de ces éléments centrés sur une approche universitaire de la qualification, et au vu des documents analysés et des témoignages recueillis, la mission trouve intéressant de compléter l'analyse avec une grille plus large comprenant cinq axes complémentaires (les différents degrés associés à chaque axe sont détaillés en annexe 6 – Eléments de réflexion de la mission pour qualifier et grader des pratiques intermédiaires) :

- L'axe des compétences et du pouvoir décisionnel : Jusqu'où le professionnel peut-il décider par lui-même ?
- L'axe de l'autonomie interventionnelle : A quelle distance spatiale ou temporelle doit se situer le médecin à qui le professionnel peut ou doit avoir recours s'il ne peut pas décider lui-même ?
- L'axe du risque et de la responsabilité assumés.
Cet axe est complexe à analyser car il nécessite de qualifier à la fois la gravité et l'urgence de la condition initiale du patient, la perte de chance que peut représenter pour le patient une absence de diagnostic mais aussi la dangerosité du traitement lui-même.
- L'axe du périmètre d'intervention : Sur quel critère le périmètre d'action du professionnel est-il défini ?
- L'axe de l'indépendance d'accès à la patientèle (place dans le parcours de soins) : Le patient peut-il consulter le professionnel en premier recours ? Si non, comment accède-t-il au professionnel ? Peut-il choisir le professionnel qui s'occupe de lui ?

Cet axe, impensé jusqu'ici, est à la source d'incohérence majeure dans la définition de modalités actuelles de la pratique avancée : Si tous les autres critères placent les IPA au-delà des professions

socles en termes d'autonomie, sur le critère d'indépendance d'accès à la patientèle, le système du patient confié place les IPA dans une situation de plus grande dépendance au médecin que celle des professions prescrites, comme si la défiance prévalait davantage entre eux. Mais il a aussi pour corollaire de rompre avec le principe de liberté de choix du patient, affirmé par la loi²²¹.

A cet égard, l'approche britannique des notions de délégation et de recommandation est intéressante.

Au Royaume-Uni, le General Medical Council, distingue les notions de délégation et de recommandation ("referral"):

La délégation implique de demander à un collègue de pourvoir à un traitement ou des soins à sa place. Bien que vous ne soyez pas responsable des décisions et des actions de ceux à qui vous déléguez, vous serez néanmoins toujours en charge de la gestion globale du patient et responsable de votre décision de déléguer. Quand vous déléguez des soins ou un traitement, vous devez vous assurer que la personne à qui vous déléguez la qualification et l'expérience requise de même que les connaissances et les compétences pour fournir les soins ou le traitement concerné. Vous devez toujours transmettre suffisamment d'informations sur le patient et le traitement dont il a besoin.

Une recommandation implique de transférer une partie ou toute la responsabilité des soins du patient, habituellement de manière temporaire et dans un but particulier, comme des analyses supplémentaires, des soins ou un traitement qui est hors de votre compétence. Vous devez vous assurer que tout professionnel vers qui vous envoyez un patient rend des comptes à un organe statutaire de régulation ou est employé au sein d'un environnement encadré. Si tel n'est pas le cas, le transfert sera considéré comme une délégation et non comme une recommandation. Cela signifie que vous demeurez en charge de la gestion globale du patient et responsable de votre décision de déléguer.

5.2.3.2 Différencier la pratique avancée des autres niveaux d'exercice

[450] Sur la base des cinq axes définis ci-dessus et des critères classiques de différenciation de niveau d'expertise (maturité professionnelle et niveau de formation), la mission s'est efforcée de caractériser la place des deux valences d'IPA qu'elle préconise par rapport aux autres professions de santé avec lesquelles elles interagissent.

Tableau 16 : Qualification des infirmiers au regard des critères élaborés par la mission

	IDE	IDE engagé dans un protocole de coopération
Profil	Jeune diplômé	IDE confirmé
Niveau de formation	DEI (Licence Bac + 3)	DEI + formations complémentaires prévues dans le protocole
Compétences relevant du diagnostic	Repérage diagnostic	En exécution d'une procédure préétablie (pas de décision ni d'initiative)
Compétences relevant du traitement	Mise en œuvre du traitement mais uniquement sur prescription ou supervision médicale (quelques primo-prescriptions non-soumises à prescription médicale)	En exécution d'une procédure établie par un médecin (pas de décision ni d'initiative)

²²¹ Le principe du libre choix, est un principe fondamental, rappelé par la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé et codifié à l'article L. 1110-8 du code de la santé publique :

"Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire."

Article 6 (article R.4127-6 du code de la santé publique) du code de déontologie des médecins : Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit.

Accès à la patientèle	Prescription quantitative et qualitative mais libre choix par la patientèle	Borné par le protocole de coopération
Champ d'intervention	Généraliste	Strictement limité à des actes et cas de figure prédéterminés
Autonomie interventionnelle	Sous la conduite et en présence du médecin, sous supervision, sur prescription	Par délégation : en autonomie mais en exécution d'un algorithme interventionnel prédéfini
Prise de risque et responsabilité	Sous la responsabilité du médecin ou de l'établissement sauf faute	Sous la responsabilité du médecin ou de l'établissement sauf faute

Source : *Analyse mission*

Tableau 17 : Qualification des professions médicales au regard des critères élaborés par la mission

	Professions médicales à compétences définies	Médecins de premier recours	Médecin de second recours
Profil	Jeune diplômé	Jeune diplômé	Jeune diplômé
Niveau de formation	Master Bac + 5 (SF) ou 6 (Dentiste)	Doctorat Bac + 9	Doctorat Bac + 10 et au-delà
Compétences relevant du diagnostic	Diagnostic de situations prédéfinies (ex.: grossesse pour les SF)	Compétence générale	Compétence générale et experte
Compétences relevant du traitement	Primo-prescriptions soumises à prescription médicale listées de façons explicites (5 familles thérapeutiques)	Compétence générale sauf AMM particulière	Compétence générale et experte selon AMM
Accès à la patientèle	Indépendance Accès direct possible + premier recours reconnu pour certains cas prédéfinis Libre choix par la patientèle en libéral	Indépendance Accès direct + premier recours	Patient "orienté" dans le cadre d'un parcours coordonné mais accès direct possible mais pénalisant pour le patient
Champ d'intervention	Limité à un domaine de compétence défini	Généraliste	Limité à un domaine de compétence mais pas d'interdiction
Autonomie interventionnelle	En autonomie sur un champ limité	En autonomie	En autonomie mais en lien avec un médecin traitant
Prise de risque et responsabilité	Sous sa responsabilité propre	Sous sa responsabilité propre	Sous sa responsabilité propre

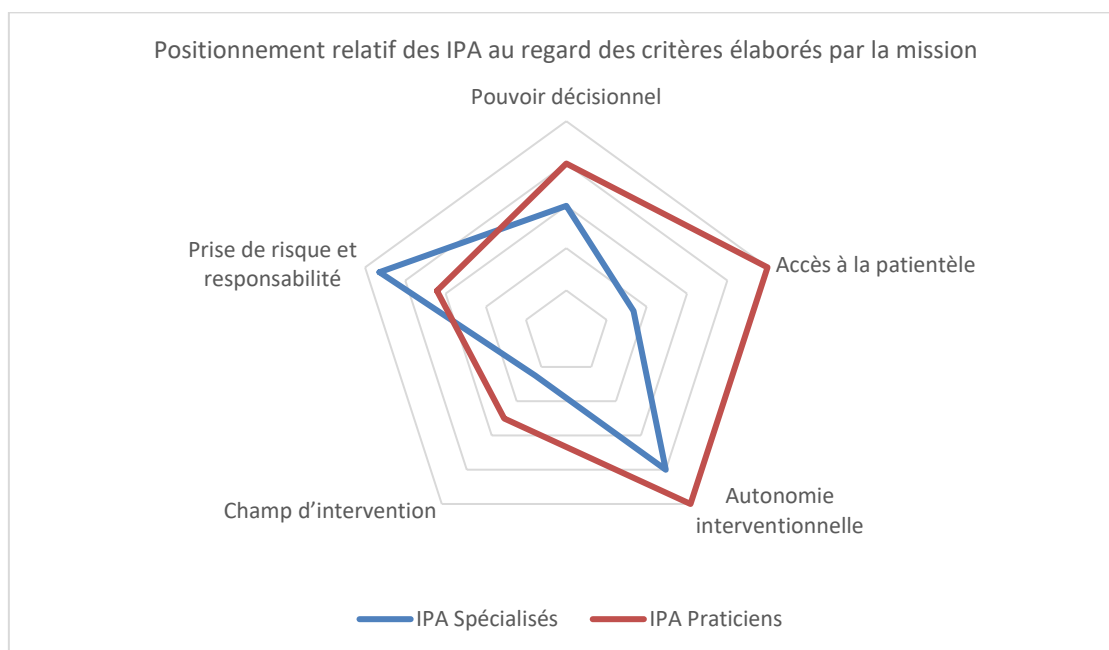
Source : *Analyse mission*

Tableau 18 : Qualification des IPA au regard des critères élaborés par la mission

	IPA spécialisée	IPA praticien
Profil	IDE + Exercice préalable conférant une expérience avérée de la relation patient et la parfaite maîtrise des compétences socles	IDE + Exercice préalable conférant une expérience approfondie de la relation patient et une très bonne connaissance du système de soin.
Niveau de formation	DEIPA (Master Bac + 5)	DEIPA (Master Bac + 5)
Compétences relevant du diagnostic	Pré-diagnostic ("actes d'évaluation et de conclusion clinique", "prescriptions d'examens complémentaires")	Diagnostic de pathologies courantes (renvoi vers le médecin en cas de situation plus complexe)
Compétences relevant du traitement	Renouvellement ou adaptation du traitement Pas de primo-prescriptions soumises à prescription médicale	Primo-prescriptions de certains produits ou dispositifs ou actes soumis à prescription médicale
Accès à la patientèle	Patient adressé après diagnostic dans le cadre d'une stratégie thérapeutique définis par le médecin.	Accès direct (sous réserve d'adhésion à une organisation de soins primaires coordonnée) ou patient adressé après diagnostic dans le cadre d'une stratégie thérapeutique définis par le médecin.
Champ d'intervention	Limité à un domaine de compétence	Limité à des motifs de consultation simples ou un type de patientèle
Autonomie interventionnelle	A proximité mais pas nécessairement sous supervision du médecin	En autonomie sur un champ limité
Prise de risque et responsabilité	Sous sa responsabilité propre	Sous sa responsabilité propre

Source : Analyse mission

Graphique 3 : Positionnement relatif des IPA au regard des critères élaborés par la mission



Source : Analyse mission

[451] Cette grille apparaît assez opérante pour éclairer la situation des IPA. La mission souligne toutefois qu'elle ne pourrait pas être appliquée de façon uniforme à d'autres professions d'auxiliaires médicaux. Certains ayant vocation à disposer en tant que profession socle de droits plus larges que les IPA actuels sur certains axes tout en étant plus limités sur d'autres (ex: les masseurs-kinésithérapeutes, les orthoptistes et les orthophonistes, pour lesquels un accès direct est expérimenté tout en restant dans un champ spécialisé qui les distingue de la PA "praticienne").

[452] Là, réside toute la difficulté de définir de façon uniforme un niveau ou une profession "intermédiaire" susceptible d'embrasser des pratiques et types d'exercice en réalité extrêmement variés et dont l'uniformisation ne présenterait aucune plus-value si ce n'est sur un plan théorique ou juridique. Les catégories de "professions médicales" et d'"auxiliaire médicaux" existant actuellement comportent la même hétérogénéité²²². Leur principale fonction à l'heure actuelle semble d'éviter de longues énumérations dans les codes de la santé publique et de la sécurité sociale pour la reconnaissance de certains droits. Elles créent en revanche des effets symboliques d'exclusion et un sentiment de hiérarchisation entre les professions que la mission juge dommageables²²³.

5.2.4 Lignes directrices pour reconnaître une nouvelle pratique avancée

5.2.4.1 Une multiplicité de demandes à arbitrer

[453] Au-delà des cinq mentions de PAI déjà reconnues, les demandes de création de nouveaux domaines d'intervention continuent d'être exprimées dans divers domaines par les professionnels. Les autorités sanitaires ont d'ailleurs été elles-mêmes à l'initiative de la création récente de la pratique avancée aux urgences. Le processus de traitement de ces demandes qui reçoivent en règle générale une réponse négative n'apparaît guère organisé. On ne peut que constater qu'il manque aujourd'hui un cadre de référence permettant aux autorités mais aussi aux professionnels d'apprécier la pertinence et le bien-fondé de l'extension de la pratique avancée à de nouveaux domaines d'interventions.

Des demandes de nouveaux domaines d'intervention aux motifs variés, dont certaines relèvent d'une mauvaise compréhension de la pratique avancée

[454] Il est possible de regrouper ces demandes selon quatre types de catégories :

- Les demandes qui mettent en avant une approche populationnelle de la pratique avancée (gériatrie et pédiatrie notamment) ;
- Les demandes émanant de spécialistes médicaux d'organes qui souhaitent principalement déléguer aux infirmiers de pratique avancée des tâches de coordination et certains actes techniques ;
- Les demandes fondées sur un impératif de subsidiarité destiné à parer au risque de perte de chance de patients dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale rapide, en pratique structurellement entravée par l'importance de la file d'attente des patients n'en relevant pas ; l'objectif est alors de mettre en place une organisation des soins réservant l'intervention des médecins aux seules situations justifiant le recours à leurs compétences et de confier à des infirmiers de pratique avancée la prise en charge des problèmes de santé les moins complexes (domaine d'intervention "urgences") ;

²²² Voir encadré "Qu'est-ce qui fait juridiquement une profession ?" au paragraphe 5.3.1.

²²³ RDSS 2017 p.708 - La notion "d'auxiliaire médical" et la mutation de la profession infirmière - Marc Guiganti, Doctorant à l'ILF-GERJC. DICE UM7318, Université d'Aix Marseille

- Les demandes de reconnaissance professionnelle d'une pratique jugée d'ores et déjà analogue à la pratique avancée (infirmiers anesthésistes).

[455] Il importe de préciser que cette classification en catégories n'est présentée qu'à titre indicatif. Elle ne vise qu'à identifier le principal motif de demande de création d'un nouveau domaine d'intervention, lequel peut fort bien coexister en pratique avec ceux des autres catégories.

[456] Le tableau en pièce jointe n°8 récapitule les demandes de création de nouveaux domaines d'intervention depuis le décret inaugural n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée.

[457] Il existe par ailleurs des demandes d'extension du périmètre des mentions existantes. Ainsi un groupe de réflexion réunissant des membres de sociétés savantes, des IPA (CNP, ANFIPA et UNIPA) ainsi que des enseignants du DE IPA, a ainsi sollicité la prise en compte dans la mentions PCS de "Pathologies chroniques inflammatoires et auto-immunes"²²⁴, ce qui permettrait de couvrir un large groupe de pathologies chroniques relevant de plusieurs disciplines médicales (maladies rares, rhumatologie, médecine interne, gastro-entérologie, hépatologie, dermatologie). De plus, ces maladies systémiques²²⁵ entrent dans le cadre de la polypathologie.

[458] Plusieurs ARS ont par ailleurs évoqué l'intérêt d'étendre la pratique avancée à de nouveaux domaines d'intervention tels que le 1^{er} recours, la pédiatrie ou la gériatrie²²⁶.

[459] La liste des demandes d'extension de la pratique avancée met en évidence leur hétérogénéité. Les domaines d'intervention concernés vont de certaines pathologies chroniques aux soins de premier recours en passant par les âges de la vie (enfants, personnes âgées) ou encore des secteurs de soins critiques (urgences, anesthésie). Une approche populationnelle de la pratique avancée ou a minima transversale en sous-tend néanmoins la majorité, au sens où elles ne portent pas sur un périmètre limité de pathologies correspondant à une spécialité médicale d'organes.

5.2.4.2 Etude de cas sur la demande de mention gérontologie

[460] S'il paraît difficile de "verrouiller" les cinq domaines actuels d'intervention des infirmiers de pratique avancée, l'expérience en la matière comme l'évolution des besoins de prise en charge des patients pouvant appeler des ajustements, il ne semble pas de bonne méthode de traiter les nouvelles demandes en tuyaux d'orgue et au fil de l'eau et qui plus est en l'absence de doctrine claire et connue des acteurs professionnels. A titre d'exemple, la fin de non-recevoir opposée à la demande d'ouverture de la pratique avancée à la gérontologie suscite une réelle et persistante incompréhension des acteurs professionnels concernés, d'autant que la précédente ministre de la santé et des solidarités, Agnès BUZYN, s'était engagée en faveur de cette mesure.

²²⁴ Voir note en pièce jointe n°9

²²⁵ Pour exemples : Maladies Inflammatoires Chroniques de l'intestin (maladie de Crohn, Rectocolite hémorragique), Maladies inflammatoires et auto-immunes hépatiques pouvant évoluer vers la cirrhose hépatique ; Rhumatismes inflammatoires chroniques (Polyarthrite rhumatoïde, spondylarthropathies, rhumatisme psoriasique etc...) avec leurs complications locomotrices et algiques et les maladies osseuses qui les accompagnent (métabolisme phospho-calcique, ostéoporose) ; Dermatoses inflammatoires et auto-immunes génétiques ou acquises (Psoriasis, Dermatite atopique, Dermatoses neutrophiliques, Dermatoses bulleuses, Ichtyoses etc...), Vascularites, Connectivites (Myosites, Lupus érythémateux disséminé et syndrome des anti-phospholipides, Sclérodermies...), Maladies auto-inflammatoires et amylose inflammatoire, Granulomatoses etc....

²²⁶ Voir l'annexe 2 - Questionnaire aux ARS - protocoles de coopération

[461] Pour avancer sur cette question, la mission a pris l'initiative d'organiser deux temps d'échanges avec les acteurs professionnels concernés, dans l'optique de modéliser une méthode et des critères pour traiter les demandes d'extension de la pratique avancée.

[462] Ces temps d'échange visaient à préciser tant la valeur ajoutée attendue de la pratique avancée en gérontologie que ses risques et impacts défavorables potentiels. Ils ont permis de dégager un consensus global des différents CNP concernés²²⁷ en faveur de cette mesure, au motif du besoin criant de renforcer les compétences et les ressources pour répondre aux besoins complexes de prise en charge des personnes âgées. Ils ont aussi conduit à évoquer les risques liés à de possibles effets de concurrence des IPA gérontologie avec les autres professionnels de santé qui interviennent aujourd'hui auprès des personnes âgées : IPA actuels, notamment PCS, médecins généralistes et coordonnateurs, infirmiers²²⁸. Enfin, ont été considérées les difficultés potentielles soulevées par le recouvrement partiel des compétences et des patientèles cibles des domaines d'intervention "PCS" et "gérontologie" (notamment risque de fragilisation des IPA PCS dans un contexte de montée en charge difficile ; multiplication des intervenants professionnels pouvant entrer en contradiction avec l'objectif d'approche globale et de meilleure coordination des parcours des patients ²²⁹).

[463] Dernier point, la question des contextes d'exercice a également été débattue, en pratique la priorité éventuelle à accorder à l'exercice en EHPAD dans l'hypothèse de l'ouverture de la pratique avancée à la gérontologie²³⁰.

[464] Il n'entrait pas dans le périmètre de la mission de formuler une recommandation sur la création du domaine d'intervention gérontologie. Comme dit supra, les travaux conduits visaient en revanche à identifier les principaux points clés à considérer pour traiter les demandes d'extension de la pratique avancée à de nouveaux domaines d'intervention ainsi que les acteurs à mobiliser à cette fin.

5.2.4.3 Une doctrine à définir et une gouvernance à affiner

Une doctrine à définir

[465] Parmi les points clé de la doctrine à préciser pour l'extension des domaines actuels d'intervention de la pratique avancée, il convient d'examiner en premier lieu la valeur ajoutée attendue du déploiement de ces nouveaux IPA pour les patients. A cet effet, il convient notamment de peser les mesures alternatives permettant le cas échéant de satisfaire les objectifs affichés, de caractériser cette valeur ajoutée (approche globale populationnelle ; gain de temps médical ; impératif de subsidiarité pour l'orientation des patients en raison des délais d'accès au médecin et du risque de perte de chances associé ; reconnaissance d'une pratique jugée analogue à la pratique avancée) et de préciser cette valeur ajoutée dans les différents secteurs d'exercice (ville/hôpital/médico-social).

[466] En second lieu, il est essentiel de prendre en considération les impacts potentiels de l'extension envisagée, tant quantitatifs que qualitatifs, sur l'activité des autres professions de santé concernées dans les différents secteurs d'exercice. Il convient notamment d'apprécier si ce nouvel acteur a vocation à trouver sa place dans les organisations de soins de proximité et les parcours des patients

²²⁷ CNP IPA, Collège de la médecine générale, CNP gériatrie, CNP Infirmiers

²²⁸ Les participants se sont accordés à considérer que le déficit croissant de ressources de prise en charge des personnes âgées conduisait à écarter ces risques de concurrence).

²²⁹ Le suivi du diabète d'un patient âgé en perte d'autonomie devrait-il par exemple relever de l'IPA PCS ou de l'IPA gérontologie ?

²³⁰ Sans qu'il soit possible de dégager un consensus sur ce point.

concernés et d'envisager le cas échéant les articulations avec d'autres dispositifs de coopération (infirmiers de parcours, infirmiers de coordination, protocoles de coopération...)

[467] Enfin, il est indispensable de considérer la portée de l'extension envisagée pour satisfaire les grandes priorités stratégiques d'évolution du système de santé (amélioration des parcours de soins des patients et renforcement de la première ligne de soins en particulier).

Une gouvernance appropriée est par ailleurs à structurer pour l'évaluation des demandes d'extension

[468] La mission considère qu'il revient en premier lieu aux acteurs professionnels concernés d'apprécier l'opportunité et la pertinence de la création d'un nouveau domaine d'intervention en pratique avancée, sur la base d'une méthodologie préétablie, comme proposé par la mission. Il semble pertinent que les conseils nationaux professionnels (CNP) et le collège de médecine générale soient chargés de conduire cette première évaluation, avec l'appui méthodologique de la HAS. L'intervention de la HAS permettrait de solliciter un avis des associations de patients potentiellement concernés par la mention envisagée. Cette première évaluation déboucherait sur un avis transmis au ministère.

[469] La décision du ministère suite à cet avis pourrait relever d'un comité ad hoc présidé par la DGOS réunissant les décideurs publics de l'actuel comité de suivi IPA²³¹. L'option de confier cette décision au comité national des coopérations interprofessionnelles peut également être considérée mais il semble utile d'y associer le ministère de l'enseignement supérieur.

Recommandation n°32 Mettre en place un processus structuré d'instruction des demandes d'extension de la pratique avancée comportant la remise d'un avis des conseils nationaux professionnels concernés réunis sous l'égide de la HAS, et sa transmission à une instance décisionnelle réunissant les directions concernées du ministère de la santé, la CNAM et le ministère de l'enseignement supérieur

Au-delà de l'opportunité d'une profession de santé intermédiaire, la nécessité d'un schéma cible et d'une trajectoire clairement définis

[470] Le dossier de presse du Ségur, la loi Rist et la lettre de mission du présent rapport posent la question de l'opportunité d'une profession de santé intermédiaire (PSI), à expertiser en concertation avec les ordres des médecins et des infirmiers. Ces réflexions ont amené la mission à questionner en profondeur l'organisation actuelle des professions de santé.

²³¹ DGEIP, DGOS, DSS, DGCS, SSA, CNAM.

5.3.1 L'opportunité d'une profession de santé intermédiaire : Contraintes, déterminants et prérequis

Une notion mal comprise

[471] Lors de ses auditions, la mission a d'abord constaté que la notion de "profession de santé intermédiaire" était loin d'être uniforme dans l'esprit des professionnels.

[472] Pour la quasi-totalité des représentants de médecins auditionnés, elle évoque en premier lieu un "petit médecin", assimilé à ce qu'ont été les "officiers de santé" (cf. encadré p.108) et est perçue comme une dégradation de la formation et de l'ambition de qualité des soins, ce qui suscite un très fort rejet.

[473] Un seul interlocuteur a évoqué positivement cette idée en imaginant des cycles d'études de médecine raccourcis et condensés sur 5 ans destinés à former :

- Pour l'hôpital : des professionnels exerçant à vie un rôle similaire à celui des internes ("Assistants de médecine polyvalente" qui interviendrait en service de médecine polyvalente post-urgences, dans les hôpitaux psychiatriques et pour suivre de façon globale les patients hospitalisés dans des services spécialisés ; "assistants techniques" en charge de réaliser des actes qui demandent une grande habitude mais sont suffisamment connus et protocolisés pour ne plus nécessiter de compétences médicales) ;
- En ville : des professionnels de premier recours destinés à assurer les suivis physiologiques de populations ciblées (enfants, personnes âgées), un rôle de prévention/dépistage/aller-vers ("préventologue") aujourd'hui insuffisamment développé en France ou un rôle d'accompagnement de proximité des patients complexes (éducateur thérapeutique/accompagnant au long cours de patients chroniques).

[474] Pour les autres professionnels, l'idée de créer ex nihilo, c'est-à-dire avec une formation initiale complète enchaînant premier et deuxième cycle, une nouvelle profession de santé intermédiaire est perçue très négativement. Derrière ce rejet, on perçoit la crainte que l'insertion dans le système de nouveaux acteurs ampute l'activité des professions existantes de pans qu'elles souhaiteraient conserver²³² ou les prive de perspectives d'évolution qu'elles réclament depuis de nombreuses années.

[475] Le rapport relatif aux "métiers en santé de niveau intermédiaire" de Laurent HENART, Yvon BERLAND et Danielle CADET en date de 2011²³³ proposait pour sa part l'émergence de *"nouveaux métiers dans le domaine du soin(...) recouvr[ant] soit quelques grands domaines de santé (premier recours, vieillissement et personnes âgées, maladies chroniques, cancer), soit d'autres secteurs plus ciblés : certaines spécialités ou filières médicales (vision, audition, soins dentaires etc.), chirurgie, imagerie..."*. Selon ce rapport, *"le contexte le plus approprié pour un déploiement rapide des premiers nouveaux métiers [était à l'époque] d'une part celui des domaines de santé prioritaires relevés par la mission (...) : premier recours, maladies chroniques, cancer, vieillissement et personnes âgées [et] d'autre part celui d'un mode d'intervention du nouveau professionnel en seconde intention, c'est à dire en relais du médecin". "Les futurs nouveaux métiers en santé doivent obéir à quelques principes incontournables :*

²³² Les professionnels évoquent par exemple des consultations "simples" ou "peu chronophages" mais aussi des interventions qui constituent pour eux une dimension essentielle du métier qu'ils ont choisi (accomplissement d'une démarche diagnostique, possibilité de proposer un traitement qui répond au problème soulevé, relation avec le patient...)

²³³ "Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire - Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer" - Laurent HENART, Yvon BERLAND et Danielle CADET - 2011

- ils sont construits à partir des métiers paramédicaux d'aujourd'hui ;
- ils ne sont pas redondants avec un métier existant ;
- ils correspondent à un mode d'exercice professionnel et des responsabilités identifiées ;
- ils ont vocation à constituer à terme des professions médicales à compétence définie".

[476] Cette proposition n'a pour l'instant pas débouché sur la création de "professions" à part entière mais le déploiement de l'exercice en pratique avancée s'en approche pas de nombreux aspects. Pour beaucoup de professionnels, les deux notions se confondent²³⁴. Présentée comme une évolution possible de la pratique avancée, l'émergence de professions de santé²³⁵ intermédiaires est plébiscitée par les professions paramédicales et semble globalement mieux acceptée par les médecins.

[477] Les attentes correspondant à cette évolution restent toutefois disparates :

[478] Pour ceux qui exercent en secteur hospitalier, la demande de reconnaissance d'une "profession" recouvre en partie celle d'appartenance à un corps statutaire autre que celui auquel ils sont actuellement rattachés dans la FPH. Certains y associent aussi des notions de positionnement dans la gouvernance hospitalière (participation à la CME, positionnement hiérarchique par rapport aux cadres de santé...), de reconnaissance et de visibilité (revendication des IADE).

[479] Pour ceux qui exercent en secteur libéral, l'enjeu semble se situer autour du pouvoir de négociation des nomenclatures d'actes avec l'UNCAM.

[480] Mais le véritable enjeu semble de reconnaître une forme d'exercice "intermédiaire" qui place les professionnels au-delà des compétences "paramédicales" (enjeu d'émancipation) sans revendiquer pour autant l'autonomie complète d'exercice d'un professionnel "médical".

[481] Parmi les notions connexes qu'évoquent les professionnels derrière le concept d'"intermédiaire", on retrouve régulièrement celles de : "autonomie d'intervention accrue", "émancipation de la tutelle ou la supervision médicale", "premier-recours", "accès direct" et derrière cette notion, "droit de primo-prescription". Le niveau intermédiaire évoque en fait tout ce que souhaiteraient pouvoir faire les auxiliaires médicaux sans modifier la nature de leur métier mais que la loi explicitement ou implicitement leur interdit.

Qu'est-ce qui fait juridiquement une profession ?

La doctrine en droit de la santé ne parvient pas elle-même à définir précisément ce qui différencie une "profession" d'un "métier". Elle évoque simplement certaines caractéristiques qui apparaissent déterminantes : une déontologie professionnelle (indépendance, caractère non commercial de la profession), un ensemble de pratiques, une formation, des mécanismes de représentation et une organisation qui "expriment" une "identité" professionnelle²³⁶, dont la forme la plus aboutie implique un "autocontrôle"²³⁷. Ces tentatives de définitions doctrinales semblent cependant difficiles à valider au vu des disparités existant entre les différentes professions de santé en France. Parmi les 28 "professions de santé", listées dans la quatrième partie du code de la santé publique :

²³⁴ A la question : "les infirmiers en pratique avancée sont-ils pour vous une nouvelle profession de santé intermédiaire ? ", de très nombreux interlocuteurs rencontrés par la mission ont répondu oui.

²³⁵ Le terme de "profession de santé" a été substitué au terme de "profession médicale intermédiaire" suite aux débats sur la loi Rist. Cette évolution écarte implicitement la "vocation à constituer à terme des professions médicales à compétence définie" imaginée par la mission de 2011. C'est dans ce cadre fixé par la lettre de mission que la mission IGAS a placé sa réflexion.

²³⁶ *Les professionnels de santé en Europe : la notion de "profession de santé"*- Stéphane Brissy

²³⁷ P. Hassenteufel : "L'autocontrôle est comme le point d'aboutissement du processus de professionnalisation, de l'acquisition du statut fortement valorisé socialement de profession".

3 sont considérées comme "médicales", 3 "Professions de la pharmacie et de la physique médicale" et 22 comme "paramédicales" dont 18 qualifiées d'"auxiliaires médicaux", sans qu'aucune définition de ces regroupements soit donnée ni qu'aucun critère commun puisse être distingué pour en comprendre le périmètre²³⁸.

Certaines sont formées à l'université et d'autres en écoles ou institut, avec des modalités de sélection, d'enseignement, et de contrôle des compétences variables.

Certaines correspondent à un seul DE, d'autres en embrassent plusieurs (telle la profession infirmière qui comprend le DEI mais aussi le DEIA, le DEIBO, le DE Puéricultrice et le DEIPA).

Seulement 6 disposent d'un ordre (supposé assurer leur "autocontrôle"), mais pas nécessairement celles qui connaissent le plus fort besoin de régulation ou de contrôle déontologique²³⁹ et les ordres existants disposent de prérogatives très disparates²⁴⁰.

Certaines sont définies par leurs missions (médecins, pharmaciens), d'autres par leur champ d'intervention ou "domaine d'action" (Dentistes, Sages-femmes), d'autres uniquement par les actes qu'elles peuvent pratiquer (infirmiers, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes...).

Certaines sont en accès direct et d'autres ne peuvent intervenir que sur prescription médicale, ce qui limite considérablement leur autonomie.

Seuls deux points communs se distinguent actuellement :

- L'existence d'**un premier cycle propre** : c'est le critère principal de différenciation entre elles des professions de santé. Même les professions qui embrassent plusieurs DE disposent d'un premier cycle commun qu'elles ne partagent avec aucune autre profession de santé.

- Leur **statut de professions réglementées** : ce qui signifie qu'elles ne peuvent être exercées que sur preuve de diplômes d'Etat dont le mode d'obtention est défini par la loi et qu'elles sont protégées par un délit d'exercice illégal de la profession qui embrasse non seulement l'usurpation de leur titre mais également la réalisation d'actes sur lesquelles elles disposent d'un monopole.

A quoi sert de créer une profession ?

[482] Du point de vue de la mission, l'effet majeur de l'évolution de la pratique avancée vers des professions de santé intermédiaires n'est pas tant dans la conquête de nouveaux droits sur le champ médical (qui pourraient être obtenus sans modifier la forme juridique actuelle de la pratique avancée) mais l'émancipation par rapport à la profession socle.

[483] L'évolution des IPA vers une profession autonome leur permettrait surtout d'obtenir des droits qui diffèrent de ceux des IDE :

- Une capacité de représentation et de négociation conventionnelle qui leur permet de défendre eux-mêmes leurs intérêts même s'ils divergent de ceux des infirmiers (enjeux de répartition d'enveloppes de financement, obtention de droits qui leur donnent une forme d'ascendant sur les IDE tels que la prescription de soins infirmiers);

²³⁸ Contrairement à ce à quoi on pourrait s'attendre, les professions "médicales" ne se définissent ni par une durée d'étude uniforme, ni par l'accès exclusif à des actes de diagnostic ou de prescription,

²³⁹ Ainsi les pédicures-podologues disposent d'un ordre quand les orthophonistes et les audioprothésistes n'en disposent pas.

²⁴⁰ L'inscription au tableau de l'ordre n'est en pratique pas obligatoire pour tous et certains ne disposent d'aucun réel pouvoir disciplinaire

- L'obtention de modes d'identification professionnelle (codification dans le RPPS, numéro AM, CPS) et de services (tels portail Ameli pro) spécifiquement adaptés à des pratiques (prescription) et des besoins (information professionnelle, gestion d'une ROSP) qui diffèrent de ceux des IDE ;
- La possibilité de définir des normes de déontologie propres potentiellement différentes de celles des IDE, tenant compte des risques spécifiques à leur exercice et d'assurer sur cette base leur propre discipline (ce qui pose la question du rattachement au même ordre en tant que sections distinctes ou de la création d'un ordre propre) ;
- La possibilité de protéger leur exercice par la création d'un délit pénal d'exercice illégal de la profession d'IPA potentiellement imputable à des IDE ;
- La possibilité de sortir de la catégorie juridique des "auxiliaires médicaux" (continuer à appliquer à des professions qui n'interviennent ni sous supervision, ni sur prescription, le vocable "d'auxiliaires médicaux" a peu de sens).

[484] Certaines de ces demandes sont exprimées par les professionnels mais ces derniers vont rarement jusqu'au bout de la logique, les IPA rencontrés se considérant majoritairement²⁴¹ encore comme des infirmiers sur le plan identitaire. Leur implication dans l'émergence des sciences infirmières témoigne de cet attachement. A contrario, certaines des revendications des IPA telles que la possibilité de négocier eux-mêmes leurs modalités de financement en libéral, sont impossibles sans les ériger en profession distincte de celle des infirmiers²⁴².

[485] Sur un plan légistique, une telle évolution réclamerait d'importantes modifications des textes en vigueur que la mission s'est efforcée d'expertiser. Un exemple de projet permettant de mesurer l'impact juridique d'une telle évolution est proposé en annexe 7. La transformation des IPA en profession de santé intermédiaire nécessiterait *a minima* l'élévation au niveau législatif des dispositions réglementaires qui les définissent²⁴³. En fonction des options retenues, elle pourrait aller jusqu'à impliquer une révision de l'architecture et du contenu des chapitres du code de la santé définissant la pratique avancée et la profession d'infirmiers.

La création d'un niveau intermédiaire ?

[486] La question de l'émancipation par rapport à la catégorie juridique des auxiliaires médicaux ne concerne en réalité pas que les IPA. Comme on l'a souligné au début de ce rapport, d'autres professions évoluent actuellement d'une façon qui les distingue de plus en plus de la notion d'auxiliaires médicaux. La reconnaissance d'un niveau intermédiaire pour les IPA poserait la question du repositionnement de ceux-ci et aboutirait à envisager la mise en place d'une nouvelle catégorie juridique entre les professions médicales (livre 1 de la 4^e partie du CSP) et paramédicales (livre 3 de la 4^e partie du CSP).

[487] Bien que tentante sur le plan intellectuel, cette idée comporte le risque de créer un nouveau cloisonnement artificiel qui n'apporte pas de réelle plus-value ni en termes de lisibilité (très peu de critères communs entre les professions potentiellement concernées) ni en termes de droits.

²⁴¹ Les professionnels eux-mêmes sont partagés sur ce point. Pour certains, l'IPA exerce une profession distincte de celle d'infirmier. D'autres considèrent davantage l'IPA comme une perspective d'évolution toujours dans le champ infirmier.

²⁴² Cf. section 2 du Chapitre 2 du Titre VI du Livre I du code de la sécurité sociale (Art L162-12-2) exposant les modalités de négociation avec l'UNCAM des conventions définissant la nomenclature des actes

²⁴³ Ce qui en rendrait la modification plus difficile.

[488] Plus largement cette réflexion conduit à questionner les catégories existantes ("profession médicale" et "auxiliaire médical") dont la cohérence interne n'est déjà, à l'heure actuelle, pas évidente (cf. annexe 1) *a fortiori* au regard des critères de gradation des pratiques que la mission s'est efforcé d'établir (cf. partie 5.2.3.2. "Différencier la pratique avancée des autres niveaux d'exercice"). Il apparaît souhaitable à terme d'envisager une restructuration du livre IV du Code de la santé publique, s'émancipant des héritages historiques pour mieux valoriser le rôle propre de chaque profession et la complémentarité entre elles plutôt que la hiérarchie.

5.3.2 Des dispositifs qui doivent s'inscrire dans un projet global de structuration des soins primaires

5.3.2.1 Deux objectifs à atteindre : la décharge des files actives de consultation médicale et l'amélioration du suivi et de la qualité des soins

[489] Le déséquilibre entre l'offre et la demande de soins étant appelé à durer et à s'aggraver pendant les 15 prochaines années, il y a urgence à apporter des solutions aux situations "d'embouteillage" constatées dans les files actives de certains médecins généralistes comme spécialistes. Celles-ci concernent essentiellement :

- La prise en charge des demandes de consultations non-programmées en soins primaires à certains moments (question de la permanence des soins soirs et week-end ainsi que du remplacement pendant les congés) et dans certains territoires (zones sous-denses, quartier de la politique de la ville) ;
- La prise en charge en second recours de patients orientés vers un spécialiste par leur médecin traitant. Parmi les spécialités présentant les délais d'attente les plus importants on peut citer: l'ophtalmologie, la dermatologie, la gynécologie, la rhumatologie²⁴⁴, et la psychiatrie, notamment la pédopsychiatrie²⁴⁵. Le potentiel d'amélioration sur ces spécialités est particulièrement important : la mise en place de protocoles de coopération sur la filière visuelle a ainsi permis de réduire d'1/3 les délais de rendez-vous chez l'ophtalmologiste en 3 ans²⁴⁶.

[490] Sur le plan théorique, le recours à des professionnels non-médicaux, en substitution ou en complément du médecin peut contribuer à la résorption de ces "embouteillages" selon deux stratégies :

- Le positionnement, en amont du médecin²⁴⁷, de professionnels en charge d'assurer une pré-orientation et d'éviter le recours au médecin quand celui-ci n'est pas nécessaire ;

²⁴⁴ Enquête DREES octobre 2018 sur les délais d'attente en matière d'accès au soin.

²⁴⁵ Rapport IGAS 2019-002R "Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution" Dr Julien Emmanuelli, François Schechter

Rapport IGAS 2018-005R "Evaluation du fonctionnement des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et des Centres médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvenile (CMP-IJ) – Christine Branchu, Johanna Buchter, Dr Julien Emmanuelli, François-Mathieu Robineau

²⁴⁶ Etude de l'institut CSA pour le SNOF – 2020 Joy Raynaud

²⁴⁷ Il s'agit ici d'une hypothèse dont l'opportunité ne peut être examinée sans la replacer dans le contexte français du parcours coordonné par le médecin traitant et des expérimentations menées par ailleurs sur l'accès aux soins (ex: Service d'accès au soin, téléconsultation...)

- La prise en charge, en aval du médecin, des suivis les moins complexes ou les plus chronophages afin de redonner du temps à celui-ci pour les primo-consultations, les soins non-programmés, les consultations polyopathologiques et le suivi des patients non-stabilisés sur lesquels se concentre sa valeur ajoutée.

[491] En amont comme en aval, l'intervention d'un professionnel non-médical n'est cependant pas seulement un enjeu d'accès aux soins mais également d'efficacité de la prise en charge et d'amélioration de la qualité des soins²⁴⁸. En amont, l'approche globale du patient y compris dans ses dimensions sociales peut améliorer le dépistage de certaines pathologies. En aval, il permet de renforcer l'éducation à la santé et la coordination des professionnels de santé et des intervenants sociaux ou médico-sociaux autour du patient. Comme le souligne certains auteurs, "Le caractère de longue durée de la pathologie et l'impossibilité pour le monde médical d'être présent de manière continue imposent de trouver de nouvelles formes de prises en charge"²⁴⁹.

[492] L'intervention de professionnels non-médicaux en décharge et en complémentarité du médecin pourrait ainsi apporter des effets positifs à différentes étapes du parcours de soins :

²⁴⁸ Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJAH "Les infirmiers(ères) en tant que substituts des médecins de soins primaires " - Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) group - Traduction réalisée par Cochrane France - 16 juillet 2018

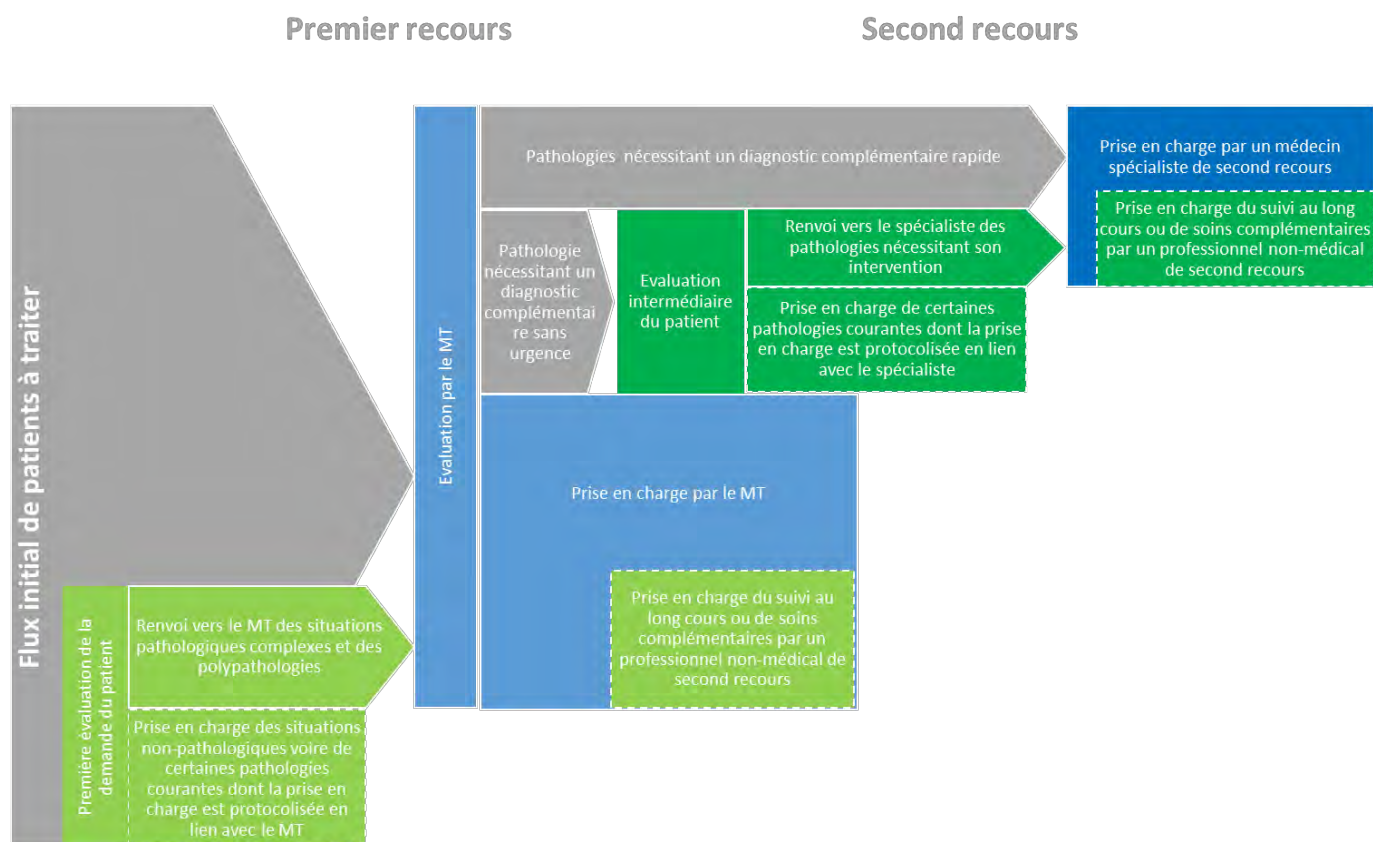
https://www.cochrane.org/fr/CD001271/EPOC_les-infirmierseres-en-tant-que-substituts-des-medecins-de-soins-primaires

²⁴⁹ Anne-Sophie Baillet, Rémi Gagnayre, Vincent de Andrade, Jean-François d'Ivernois, Isabelle Mazères.

"Éducation thérapeutique et responsabilité juridique des équipes soignantes dans le cadre de la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire de juillet 2009, Du devoir du médecin au droit du patient". Educ Ther Patient/Ther Patient Educ, 2011, 3 (2), pp.S207 - S215. 10.1051/tpe/20111109. hal-01556758

<https://hal-univ-paris13.archives-ouvertes.fr/hal-01556758>

Schéma 7 : Interventions possibles d'un autre professionnel de santé (représentés en vert) en renfort des médecins (représentés en bleu)



Source : Mission IGAS

[493] Les mentions IPA déjà existantes se positionnent de la manière suivante sur ce schéma :

- PCS : en aval et en complément de la prise en charge du MT ou d'un médecin spécialiste ;
- OHO, IRC et SM : en aval et en complément de la prise en charge par un médecin spécialiste ;
- Urgences : à la fois en amont en substitution et en aval en complément du médecin urgentiste.

[494] Sur la base des modalités d'intervention de l'IPA urgences, la mission juge opportun d'envisager à terme, l'intervention d'IPA praticiens en première ligne sur des pathologies courantes identifiées comme bénignes (ex.: pathologies concernées par les protocoles de coopération sur les soins non-programmés) en soins primaires et en population générale pour répondre à des problèmes d'accès aux soins. Cette mesure pourrait dès à présent concerner des territoires présentant des difficultés majeures d'accès aux soins²⁵⁰, où la consultation d'un médecin n'est pas possible pour le patient dans des délais et conditions nécessaires à une bonne prise en charge, mais où la gravité et l'urgence de la pathologie à traiter ne justifient pas un recours aux urgences.

²⁵⁰ Cette définition se distingue de la notion de zone "sous-dense", permettant de prendre en compte des problématiques de disponibilité des praticiens ou de besoins majorés de la patientèle.

[495] Dans ce contexte bien spécifique, il s'agirait de permettre à des patients non adressés au préalable par leur médecin traitant, de consulter l'IPA en premier recours. Cette activité ne serait permise que dans le cadre d'une coopération préétablie avec des médecins du territoire et resterait exceptionnelle. Les patients seraient orientés vers l'IPA soit par le service d'accès aux soins (SAS)²⁵¹, soit par le secrétariat de la structure dans le cadre d'un exercice collectif.

[496] Elle serait assortie d'une information obligatoire du médecin traitant, d'un renvoi au médecin si la complexité ou la gravité de la situation le justifie et en cas de persistance ou de récurrence de la pathologie. Le médecin traitant conserve en outre son rôle de coordination générale du parcours.

[497] Cette proposition compléterait les autres mesures envisagées pour répondre aux besoins des populations qui vivent dans une zone sous-dotée en médecins généralistes dans laquelle s'est installé un IPA libéral : même si elle concernera en définitive peu de bénéficiaires, l'accès pour ces patients à un IPA disposant de compétences cliniques constitue une nette plus-value, ne serait-ce qu'en termes de proximité et de qualité relationnelle de la prise en charge, par rapport à certaines autres options actuellement en cours d'expérimentation (ex.: cabines de téléconsultation).

[498] Une telle évolution réclamera des évolutions réglementaires importantes. Dès à présent, une expérimentation pourrait être menée en faisant adhérer de façon facilitée aux protocoles de coopération sur les soins primaires, des IPA libéraux titulaires de la mention PCS, qui cumuleraient cette activité avec leur activité normale. Cette expérimentation pourrait cependant déboucher à terme sur l'émergence d'un IPA soins primaires ou IPA de "première ligne", exerçant de façon normalisée en ville un rôle similaire à celui de l'IPA Urgences.

Recommandation n°33 Permettre l'accès direct aux IPA en population générale dans des zones identifiées par les ARS sur des critères liés à l'accès aux soins.

[499] Via des protocoles de coopération ou des expérimentations article 51 LFSS, d'autres professionnels non-médicaux, tels que les masseurs-kinésithérapeutes, les orthoptistes, les orthophonistes ou les pharmaciens se positionnent actuellement eux aussi en amont du médecin traitant. Ces évolutions revêtent pour l'heure une dimension expérimentale mais il est nécessaire d'envisager, au cas où leur évaluation s'avèrerait *in fine* positive, qu'elles puissent se pérenniser.

[500] La mission ne juge pas ces évolutions orthogonales ni incompatibles avec le maintien du rôle central du médecin traitant dans le traitement des situations pathologiques en premier recours et dans la prise en charge globale du patient, dès lors qu'on s'assure que les professionnels non-médicaux intervenant en "première ligne" agissent tous dans une étroite coopération, confiance et communication avec lui.

²⁵¹ Mesure phare du Pacte de refondation des urgences, réaffirmée lors du Ségur de la santé, le SAS permet d'orienter les personnes et répondre à leur demande de soins, programmés ou non. Fondé sur un partenariat ville/hôpital associant les médecins généralistes, le SAS est accessible à tous par téléphone. Il vise à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, et à renforcer encore davantage la structuration territoriale des soins, la coordination ville-hôpital et le développement de l'exercice coordonné. Une phase pilote concernant 22 sites est actuellement en cours couvrant plus de 40 % de la population dans la perspective d'une généralisation en 2022.

[501] Les conditions d'une telle intervention doivent toutefois être précisées. La mission préconise notamment de prendre en compte les éléments suivants :

- Définir très précisément le périmètre d'intervention du professionnel : par exemple, des pathologies courantes présentant un faible risque d'erreur de diagnostic et dont les modalités de prise en charge (actes réalisés, traitement prescrit) ne présentent pas de risques élevés pour le patient ou des situations nécessitant une réponse rapide, mais où la gravité et l'urgence de la pathologie à traiter ne justifient pas un recours aux urgences. L'appel obligatoire du SAS afin de bénéficier d'une première évaluation téléphonique de la situation par un médecin pourrait être exigé ;
- Définir très précisément les conditions de retour au médecin : par exemple, dès lors qu'existe un doute sur la conduite à tenir, que la situation présente des risques pour le patient, ou en cas de récurrence de la pathologie...
- Assurer une disponibilité accrue du médecin pour traiter les patients déjà examinés par le professionnel de première ligne : par exemple, en réservant des créneaux de consultation à ces patients, en définissant une distance maximale à ne pas dépasser entre le lieu d'exercice des deux professionnels ;
- Limiter ces interventions à des situations exceptionnelles : par exemple, des situations où l'accessibilité à un médecin n'est pas possible pour le patient dans des délais et conditions nécessaires à une bonne prise en charge, mais où la gravité et l'urgence de la pathologie à traiter ne justifient pas un recours aux urgences ;
- Intégrer pour ce faire les compétences cliniques et sémiologiques nécessaires dans le référentiel de formation des professionnels concernés en insistant sur les compétences de conduite d'entretiens d'anamnèse, de hiérarchisation des plaintes pour structurer le traitement de celles-ci dans le temps, et de communication avec le patient. De telles évolutions pourraient être envisagées dans le cadre de l'ouverture de la pratique avancée aux professions considérées ;
- Ne permettre cette activité que dans le cadre d'un exercice coordonné favorisant une coopération étroite avec les médecins traitant des patients, en prévoyant une obligation mutuelle d'information entre le professionnel et les médecins, et en réaffirmant le rôle central de coordination dans le parcours de soins et de définition de la stratégie thérapeutique par le médecin traitant.

Recommandation n°34 Définir une doctrine globale destinée à cadrer l'intervention, en exercice coordonné, de professionnels non-médicaux en amont du médecin dans le parcours de soins.

5.3.2.2 La nécessité de s'inscrire dans la dynamique de structuration des soins primaires impulsée depuis plusieurs années.

[502] Les politiques de santé poursuivent depuis plus d'une décennie l'objectif de mieux garantir l'accessibilité des soins de premier recours.

[503] Une panoplie de plans et de mesures a été déployée. Elle a visé en particulier les territoires les plus en tension afin d'y renforcer l'attractivité de l'exercice, via notamment des aides financières diverses et la création des contrats d'engagement de service public (CESP). En parallèle, la médecine générale a bénéficié de mesures visant à mieux reconnaître sa place dans le système de santé (statut de spécialité médicale universitaire à part entière assortie de la création de postes de professeurs de

médecine générale et de chefs de clinique tandis que la part de la médecine générale était durablement portée à la moitié environ des postes offerts à l'internat). La stratégie du virage ambulatoire²⁵² a mis en évidence la nécessité d'une meilleure structuration des soins de premier recours, visant à la fois à renforcer leur attractivité et à les inscrire dans une dynamique de coordination des soins porteuse de gains d'efficacité et de qualité pour les patients. L'exercice libéral isolé, encore majoritaire chez les médecins de premier recours, rend plus difficile en effet de coordonner les interventions des différents professionnels médicaux ou paramédicaux dans la prise en charge du patient a fortiori dans le cadre d'une rémunération des professionnels encore largement à l'acte. Différents dispositifs ont été créés pour mieux garantir la coordination des parcours de soins dans ce secteur, notamment la création de maisons de santé pluri-professionnelles, le dispositif ASALEE, les équipes de soins primaires, ou encore les CPTS pour citer les principaux. Les protocoles de coopération qui peuvent être mobilisés dans le cadre de ces dispositifs constituent de même un outil permettant de renforcer l'accessibilité et l'efficacité des soins.

[504] La mise en place de la pratique avancée s'est inscrite dans cette perspective. Ainsi, le plan gouvernemental d'octobre 2017 *"Renforcer l'accès territorial aux soins"* prévoyait-il notamment de développer les coopérations entre les professionnels de santé (mesure 8) via trois types d'actions, la pérennisation du dispositif ASALEE et son déploiement dans les zones sous-denses, la diffusion de nouveaux protocoles de coopération simplifiés et le déploiement des pratiques avancées. En septembre 2018, la stratégie *"Ma santé 2022"* rendue publique par le président de la République confirmait l'objectif de promouvoir *"une meilleure organisation des professionnels de santé qui devront travailler ensemble et mieux coopérer au service de la santé des patients"* et de *"rassembler les soignants en ville et les soignants à l'hôpital autour de projets de santé adaptés aux besoins des Français dans les territoires"*. A cette fin, Ma santé 2022 affirmait l'impératif de rompre avec l'exercice isolé : *"les soins de proximité doivent s'organiser au sein de structures d'exercice coordonné comme les maisons ou les centres de santé et dans le cadre de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)"*. Enfin, pour redonner du temps aux médecins, cette stratégie prévoyait de créer des postes d'assistants médicaux et de s'appuyer sur la pratique avancée infirmière pour mieux accompagner les patients, notamment les plus fragiles ou ceux atteints de maladies chroniques.

[505] La coordination des équipes appuyée notamment sur le développement de l'exercice regroupé est ainsi présentée comme la pierre angulaire du renforcement des soins de premier recours. Il convient de veiller à prévenir tout risque de fragilisation des dynamiques actuelles de coopération interprofessionnelle.

[506] A cet égard, il importe de souligner que la proposition de la mission de rompre la dépendance des infirmiers de pratique avancée au médecin traitant, dans l'objectif de faciliter l'accès des patients à une prise en charge pouvant être assurée par ces professionnels, n'a bien évidemment aucunement pour objet de mettre en concurrence médecins de premier recours et infirmiers en pratique avancée sur le terrain. Elle vise au contraire à conforter des dispositifs de soins de proximité mis en œuvre par des professionnels de santé qui se coordonnent, dans l'objectif de mieux répondre aux besoins de prise en charge des patients, s'agissant notamment des délais et des durées des consultations. Il convient en conséquence de veiller à garantir l'effectivité du lien entre infirmier en pratique avancée et médecin traitant dans toute situation de primo-prescription et d'accès direct du patient afin de prévenir tout risque de prise en charge en silos des patients concernés.

²⁵² Le virage ambulatoire visait notamment à sortir de l'hôpital tous les soins pouvant être assurés de façon plus efficiente en premier recours.

[507] Dans les structures d'exercice regroupé telles que les maisons pluridisciplinaires de santé (MPS) ou les centres de santé, ce risque peut être raisonnablement écarté dans la mesure où la coordination de la prise en charge des patients est au cœur de leurs missions et fait l'objet d'une traçabilité²⁵³. Il en va de même des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles de territoires (CPTS), étant observé que les échanges entre professionnels y sont moins aisés à organiser et plus difficiles à tracer, l'éloignement géographique des professionnels et l'hétérogénéité de leurs équipements ne facilitant pas toujours le partage des informations et des données du patient.

[508] Comme on l'a dit plus haut, l'interopérabilité des systèmes d'information, permettant de garantir le partage des informations et des données-patient entre le médecin et l'infirmier en pratique avancée et d'organiser des temps d'échanges réguliers sur les patients pris en charge, constitue un prérequis au renforcement de l'autonomie des infirmiers de pratique avancée.

[509] Le projet ESCAP "Équipes de Soins Coordonnées Autour du Patient", en cours d'expérimentation par l'assurance maladie, propose une messagerie sécurisée de groupe pour faciliter la communication entre professionnels autour du patient.

[510] Ce type d'outils est intéressant sous réserve qu'il soit adossé à des exigences minimales en matière d'effectivité des échanges interprofessionnels médecin/infirmier en pratique avancée dont il puisse assurer la traçabilité. Mais il faut, plus généralement, travailler à l'harmonisation, l'interopérabilité et la portabilité des données entre les différents SI utilisés par les professionnels. Il s'agit d'un des enjeux majeurs de réussite de la coopération médecin-IPA et plus largement de développement des soins coordonnés en France.

Recommandation n°35 Identifier des indicateurs adossés aux systèmes d'information de la CNAM pour garantir l'effectivité de la coordination entre infirmier en pratique avancée et médecin traitant.

5.3.2.3 Donner de la visibilité aux professionnels sur les évolutions du partage des compétences et des interventions en santé

[511] Par ailleurs, il est important de donner de la visibilité à court et moyen terme aux professionnels sur les évolutions du partage des tâches entre professionnels de santé qu'il paraît raisonnable et pertinent de soutenir. Celles-ci concernent au premier chef les parcours des patients dans le champ des pathologies au long cours (cancers, pathologies chroniques,..) ou de dispositifs de soins spécifiques (urgences, soins critiques, soins de suite et de réadaptation...), identifiés comme des priorités²⁵⁴. La visibilité devrait porter sur la répartition préconisée des interventions entre les professionnels concernés et, idéalement, sur les dispositifs de coopération les plus pertinents à cet effet (infirmier de coordination, protocole de coopération, infirmier en pratique avancée.). Il est essentiel en effet, pour leur acceptabilité, d'arrimer les évolutions du partage des prises en charge à l'analyse médico-économique des parcours de soins. Il semblerait judicieux dans cette perspective de confier à la HAS la mission de coordonner l'analyse de ces parcours et dispositifs de soins prioritaires, en s'inspirant du Guide du Parcours de soins – maladie rénale chronique de l'adulte (juillet 2021) qui précise notamment le suivi médical et la fréquence des consultations du patient malade rénal chronique aux différents stades de cette pathologie. Ce guide qui intègre les infirmiers en pratique avancée a notamment pour objectif de "*rendre compte de la pluri-professionnalité de la*

²⁵³ Via le DMP et les revues de dossiers des patients,

²⁵⁴ En l'occurrence, actuellement, par la stratégie de transformation du système de santé Ma 2018-2022.

prise en charge du MRC ainsi que des principes et modalités de coordination et de coopération entre les professionnels impliqués”.

[512] La généralisation d'une méthode de travail de ce type²⁵⁵, qui associe étroitement les professionnels concernés à l'élaboration de recommandations fondées sur les données d'expertise les plus récentes, permettrait probablement de prévenir ou de réduire les incompréhensions et rejets de la part de médecins qui ont le sentiment de voir leur domaine de compétences se vider progressivement au profit d'autres professionnels de santé, sans qu'une perspective globale claire leur soit donnée. C'est le cas notamment d'une partie des médecins généralistes qui craignent une réduction progressive de leur domaine d'intervention au motif du primat donné à l'accessibilité des soins des patients sur toute autre considération, notamment les missions d'orientation des patients et de coordination des soins de premier recours de ces praticiens²⁵⁶. L'ouverture récente aux pharmaciens de la prise en charge de certaines pathologies intercurrentes fréquentes en soins primaires est emblématique à cet égard de l'incompréhension suscitée par certaines mesures.

Recommandation n°36 Intégrer les nouveaux acteurs en pratique avancée dans les parcours de soins prioritaires. Poursuivre à cet effet les travaux initiés récemment par la HAS sur l'exemple la maladie rénale chronique.

[513] L'objectif est de permettre la mise en place de dispositifs répondant au mieux aux exigences des parcours compte tenu des compétences mobilisables localement (infirmiers coordinateurs, pharmaciens ou auxiliaires médicaux intervenant sous protocole de coopération et auxiliaires médicaux en pratique avancée).

5.3.3 Créer les conditions d'une évolution plus lisible et mieux acceptée des compétences des professions de santé

5.3.3.1 Partager avec les professionnels des simulations visant à apprécier l'impact potentiel des coopérations sur leur activité

[514] Comme il vient d'être indiqué, il paraît légitime de donner aux professionnels de santé une visibilité globale minimale sur l'évolution de leurs périmètres d'intervention respectifs. Sans sous-estimer la complexité de l'exercice, il semble possible de s'appuyer sur la modélisation des principaux parcours patients pour estimer, toutes choses égales par ailleurs, la part et le type des interventions susceptibles d'être transférées ou partagées dans le cadre des coopérations interprofessionnelles. L'exploitation du système national des données de santé (SNDS) devrait permettre d'estimer sur cette base la part correspondante de l'activité des praticiens pour chaque parcours qui pourrait être transférée aux autres professionnels impliqués et ainsi d'en déduire la part globale d'activité médicale transférable tous parcours confondus, selon différentes hypothèses.

[515] Il ne pourrait s'agir cependant que d'une indication à demande de soins constante pour ces parcours. Or, cette demande de soins va nécessairement augmenter sous l'effet combiné du vieillissement de la population et du poids grandissant des maladies chroniques. Cet effet de structure de la patientèle pourrait ainsi atténuer sensiblement l'impact des transferts liés au développement des coopérations, la part relative d'activité des médecins au titre de ces parcours de soins ne diminuant finalement guère.

²⁵⁵ Le guide a été soumis à l'avis des experts d'un groupe de travail réunissant l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge de la maladie ainsi que les représentants d'usagers.

²⁵⁶ Article L4130-1 du code de la santé publique

[516] De plus, comme précisé supra, les dernières estimations de la DREES ne prévoient pas, malgré l'augmentation à venir des effectifs de médecins en activité, de redressement de l'activité médicale permettant de couvrir dans les prochaines années l'augmentation substantielle de la demande de soins.

[517] Il serait souhaitable d'élaborer quelques grands scénarios d'évolution de l'activité médicale fondés sur la modélisation du développement des coopérations interprofessionnelles, notamment la pratique avancée infirmière, et de les partager avec les professions concernées. Cet effort de transparence ne pourrait qu'améliorer le dialogue avec la profession médicale et faciliter l'acceptabilité du partage d'une fraction de son champ d'intervention.

5.3.3.2 Prendre systématiquement en considération les impacts des évolutions de compétences sur les professions concernées

[518] Au-delà des impacts quantitatifs évoqués supra, il convient d'apprécier les conséquences pour la profession concernée du partage de segments d'activité. La prise en considération de transferts d'activité potentiellement massifs devrait conduire à engager une réflexion sur l'évolution de la profession concernée, conduite à se recentrer sur de nouvelles interventions potentiellement plus complexes et/ou chronophages. Il convient dans ce cas de figure d'organiser la transition à conduire en faisant évoluer les référentiels de compétences et de formation de la profession concernée.

[519] Si la création d'une quatrième année d'internat pour la médecine générale se confirmait, celle-ci pourrait constituer une opportunité pour initier une réflexion sur l'évolution des compétences de ces praticiens dans le contexte du développement des partages de compétences entre les professionnels. La poursuite de la dynamique d'universitarisation de la formation des professionnels de santé pourrait également contribuer au développement de formations interprofessionnelles.

[520] Former les futurs professionnels sur un même lieu en organisant des modules communs et des stages interprofessionnels ne peut que favoriser une meilleure connaissance de leurs compétences respectives par ces professions et des habitudes de travail en commun, qui devraient faciliter grandement à l'avenir les coopérations entre les professionnels et le partage d'activité. C'est un moyen de favoriser, à terme, la diminution des réflexes corporatistes.

[521] A cet égard, la loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé (OTSS) (art.1-III), permet à l'État, à titre expérimental et pour une durée de six ans, d'autoriser l'organisation des formations de santé relevant du titre III du livre VI du code de l'éducation²⁵⁷, selon des modalités permettant de renforcer les échanges entre les formations, la mise en place d'enseignements en commun et l'accès à la formation par la recherche.

[522] Selon Laure FIQUET²⁵⁸ en pratique, les cursus de formation sont encore très cloisonnés. La collaboration interprofessionnelle nécessite l'apprentissage de compétences spécifiques. L'éducation interprofessionnelle comprend "au moins deux professions engagées dans des processus

²⁵⁷ Article 39 de la loi du 22 juillet 2013 modifiée relative à l'enseignement supérieur et à la recherche, notamment son article 39 dans sa rédaction issue de la loi no 2019-774 du 24 juillet 2019 modifiée relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ;

Décret no 2020-553 du 11 mai 2020 relatif à l'expérimentation des modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche, notamment son article 2;

²⁵⁸ Médecin généraliste, Maître de conférence associée à l'Université de Rennes I

d'apprentissage conjoints, réciproques, leur permettant de mieux se connaître mutuellement dans une visée d'amélioration de la qualité des soins". L'OMS préconise le développement de formations inter professionnelles sur les territoires pour améliorer les résultats de santé des populations en amenant à des pratiques collaboratives.

5.3.4 Deux scénarios pour aider à repenser le système

[523] Le périmètre particulièrement large de l'évaluation demandé à la mission lui a permis d'identifier de nombreuses incohérences et archaïsmes dans le système juridique qui fonde actuellement l'exercice des professions de santé. L'émergence d'une nouvelle profession ou d'un niveau d'exercice intermédiaire emportent des impacts sur l'ensemble des professions déjà existantes et questionnent le schéma cible dans lequel ces évolutions s'inscrivent.

[524] Au-delà des seules modalités d'insertion des nouveaux entrants dans le système existant, pourraient par exemple être questionnés :

- Le sens des regroupements actuels entre professions (comme évoqué au paragraphe 5.3.1) ;
- Le contenu et la modalité de définition des compétences des autres professionnels (ex.: passer pour tous de définitions par actes à des définitions par missions ou compétences) ;
- L'avis systématique de l'académie de médecine en sus de celui du HCPP sur les textes organisant les autres professions de santé ;
- La pertinence de la définition actuelle de l'exercice illégal de la médecine, qui conçoit l'exercice de centaines de milliers de professionnels aux compétences reconnues comme dérogoatoire à la loi, et constitue la pierre angulaire d'un cloisonnement aujourd'hui plus préjudiciable à la coopération entre professionnels et l'évolution des pratiques que protecteur de la sécurité des patients ;
- Les modalités de financement du système de soins ;
- Et plus généralement l'organisation des soins.

[525] La mission considère que de telles évolutions ne devraient être envisagées qu'à l'issue d'une réflexion globale et concertée. A cet égard, le dispositif d'étude et de concertation mis en place avant la loi HPST²⁵⁹ s'est montré fructueux sur le plan de la réflexion doctrinale et de l'identification des objectifs. Pour autant, le résultat final est resté au milieu du gué²⁶⁰.

[526] La plupart des points évoqués ci-dessus font l'objet de recommandations insistantes de la doctrine universitaire et de revendications des professionnels eux-mêmes depuis plusieurs années. Elles se heurtent cependant systématiquement aux corporatismes. En effet, les décisions relatives à la réglementation des professions de santé, à leurs statuts dans le secteur public, ainsi qu'aux

²⁵⁹ Cf. Dossier adsp n° 70 mars 2010. "Évolution des métiers de la santé : coopérations entre professionnels" coordonné par Yvon Berland et Yann Bourgueil et notamment l'article " Coopérations entre professionnels de santé : 7 ans de réflexions"

²⁶⁰ La Loi HPST a effectué un premier pas en réorganisant la 4^e partie du Code, en créant les protocoles de coopération et envisageant certaines professions de santé sous l'angle de l'offre de soins, organisée en niveaux de recours mais elle n'est pas parvenue à modifier véritablement l'approche "classique" de la définition juridique des professions de santé comme le recommandaient déjà à l'époque les groupes de travail.

modèles économiques et aux règles de financement/tarifification qui déterminent leurs conditions d'exercice en libéral, reposent toutes sur des modalités de dialogue social et de négociation conventionnelle, qui favorisent la défense des intérêts particuliers de chaque profession au détriment d'une approche globale des ressources humaines de santé et à l'inverse d'une approche de démocratie sanitaire qui impliquerait davantage des représentants des patients ou des citoyens.

[527] La défense de ces corporatismes s'exerce jusqu'au parlement, les représentants des professions déployant des stratégies d'influence particulièrement actives auprès des parlementaires²⁶¹.

[528] Pour les dépasser, il faut sortir du face-à-face entre professionnels comme de l'affrontement par parlementaires interposés.

[529] Pour répondre à ces enjeux, la mission propose deux scénarios alternatifs :

5.3.4.1 Rénover le dispositif de gouvernance des professions de santé pour accompagner le développement des coopérations et des partages de compétences

[530] Le cloisonnement actuel des dispositifs de gouvernance des professions médicales et paramédicales ne facilite pas le rapprochement des points de vue ni l'appréhension globale des impacts de l'évolution des compétences d'une profession sur les autres professions de santé. Le Haut conseil des professions paramédicales (HCPP) comporte certes des représentants des professions médicales mais il n'y a pas d'instance équivalente dédiée aux professions médicales²⁶². De plus, la charge de travail du HCPP se prête mal au travail et aux échanges approfondis qu'appellent l'évolution des compétences des professionnels de santé et leur partage.

[531] Il serait envisageable de créer une instance spécifique, en amont du HCPP, en charge de la concertation interprofessionnelle sur l'évolution et le partage des compétences. Cette instance comprendrait des représentants des différents CNP et du collège de médecine générale, des conseils nationaux des ordres professionnels, des étudiants et internes médicaux et paramédicaux, des patients et des structures d'exercice coordonnées. Elle pourrait convier des représentants des organisations syndicales à ses séances de travail. Le ministère pourrait lui demander d'organiser les concertations nécessaires sur tout projet de développement des coopérations interprofessionnelles fondé sur l'évolution du partage des compétences et de lui transmettre une synthèse des conclusions qui en ressortent. Cette instance pourrait être présidée par une personnalité qualifiée. La DGOS et la DSS assureraient son secrétariat.

Recommandation n°37 Mettre en place en amont du HCPP une instance chargée spécifiquement d'assurer la concertation interprofessionnelle sur les évolutions et le partage des compétences entre les professionnels de santé

²⁶¹ Cf. courrier adressé par le CNOM et les syndicats de Médecins généralistes à la présidence de l'assemblée nationale ou les lettres adressées par de nombreux IPA et IADE aux parlementaires à l'occasion du PLFSS 2022.

²⁶² Un haut conseil des nomenclatures a été mis en place mais il a uniquement pour objet la révision des 13000 actes de la nomenclature des actes médicaux et il ne comprend aucun représentant des professions paramédicales.

5.3.4.2 Expertiser l'organisation d'une convention citoyenne pour dépasser les corporatismes

[532] Il s'agit, dans ce scénario, de tenir compte d'un contexte où les questions de santé n'ont jamais autant été au cœur des préoccupations des citoyens²⁶³ et où ceux-ci ne comprendraient pas que des décisions qui déterminent à ce point leur parcours de soins soient prises sans les impliquer fortement.

[533] En réponse à ces enjeux, la mission propose d'expertiser l'idée de réunir une convention citoyenne similaire à celles mises en place sur les enjeux climatiques ou sur la vaccination anti-COVID. Cette modalité de réflexion lui semble en effet conjuguer l'indispensable extériorité du point de vue et la recherche d'une véritable démocratie sanitaire.

[534] Faisant intervenir un panel représentatif de toute la population²⁶⁴, cette modalité devrait permettre de remettre au premier plan les besoins des patients et usagers du système de santé, leurs attentes en matière d'accès aux soins et de modalités de prise en charge et favoriser des options plus ambitieuses que ce à quoi sont parvenues jusqu'ici les concertations menées.

[535] La richesse des interventions d'experts prévues dans ce type de démarches pour combler la méconnaissance du sujet par les néophytes devrait favoriser la prise en compte de toute la diversité et la complexité des enjeux en présence, pour ouvrir la réflexion au-delà de ce qu'évoquent spontanément les acteurs du champ de la santé.

[536] Enfin, cette méthode garantit une meilleure acceptabilité et compréhension des réformes qui en émanent.

[537] Cette convention pourrait être organisée sous l'égide du CESE en liaison avec la conférence nationale de santé²⁶⁵.

Recommandation n°38 Expertiser la tenue d'une convention citoyenne sur la refonte de l'organisation du système de santé et des professions.

Dr Nicole BOHIC

Agnès JOSSELIN

Anne-Caroline SANDEAU-GRUBER

Hamid SIAHMED

Avec la contribution de Christine d'AUTUME

²⁶³ "Jamais les patients ne se sont sentis aussi fragiles et en danger face à un système hospitalier public exsangue" – Tribune collective des principales associations de patients atteints de maladies neuromusculaires et neurodégénératives publiée dans le Monde le 15 novembre 2021

²⁶⁴ Tous âges, sexes, origines géographiques ou sociales et tout profil de patient confondus

²⁶⁵ Cette conférence exerce notamment les missions suivantes : formuler des avis ou propositions en vue d'améliorer le système de santé publique et contribuer à l'organisation de débats publics.

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Liberté
Égalité
Fraternité

Le Ministre

Paris, le 21 MAI 2021

CAB OV/DGOS/RH2/FB/Pégase I-21-000188

Dans le contexte d'engagements présidentiels d'amélioration de l'accès aux soins pour tous et de promotion d'un meilleur partage de compétences entre professionnels de santé, de nombreuses mesures tendant à réorganiser leurs modes d'intervention respectifs ont été prises et nécessitent aujourd'hui une prise de recul pour évaluer leurs effets.

Tout d'abord, initié dès 2009 par l'article 51 de la loi *Hôpital, Patients, Santé, Territoire* (HPST), le dispositif des protocoles de coopération entre professionnels de santé a été rénové et simplifié en 2019 par l'article 66 de la loi *d'Organisation et de Transformation du Système de Santé* (OTSS), gage d'une volonté politique d'accélérer son déploiement de façon plus significative puis dernièrement par l'article 3 de la loi visant à *Améliorer le système de santé par la confiance et la simplification*. La création d'un pilotage national par l'intermédiaire d'un comité national des coopérations interprofessionnelles (CNCI) ainsi que l'introduction de protocoles à portée nationale structurent ce levier majeur de la stratégie de *Ma santé 2022*. En déléguant concrètement à des personnels paramédicaux certaines activités jusqu'alors exercées uniquement par des médecins, ce dispositif offre aux premiers des possibilités en termes d'attractivité et d'évolution de leurs métiers, de perspectives de carrière et de compétences accrues et permet aux seconds de se concentrer sur des tâches où leur plus-value est la plus grande.

Par ailleurs, face à une nécessité incontestable d'améliorer sensiblement l'accès aux soins, la loi de *modernisation de notre système de santé* de janvier 2016 a introduit un nouvel acteur de santé dans le paysage sanitaire français, l'auxiliaire médical en pratique avancée. Les premiers textes d'application sont parus en juillet 2018 pour cibler prioritairement la profession infirmière, à même d'initier ces nouvelles modalités d'exercice en collaboration avec les médecins et au regard notamment de l'antériorité des expériences réussies relatives aux transferts d'activités dans le cadre du dispositif des protocoles de coopération en particulier.

En outre, la pratique avancée infirmière constitue un véritable enjeu de santé publique face à l'augmentation des patients atteints de maladies chroniques, au vieillissement de la population et aux données actuelles sur la démographie médicale. Aujourd'hui, quatre domaines d'intervention ont été créés pour les infirmières en pratique avancée (IPA) et un cinquième, qui cible la médecine d'urgence, est en cours d'élaboration.

Dans le cadre du Ségur de la santé, la mesure 6 du pilier relatif à « *la transformation des métiers et à la valorisation de ceux qui soignent* » envisage « *d'accélérer le déploiement des infirmiers en pratique avancée* » en ouvrant un nouveau champ de compétences basé sur l'accès direct et la primo-prescription. Avec ces nouvelles conditions, l'IPA pourrait en particulier effectuer une consultation et prescrire des examens ou des produits de santé y compris ceux nécessitant une prescription médicale obligatoire.

Madame Nathalie DESTAIS
Cheffe de l'Inspection générale des affaires sociales
Affaires sociales (IGAS)
39 quai André Citroën
75015 PARIS CEDEX 15

Ces réflexions s'inscrivent dans un contexte de pénurie croissante en personnels médicaux. Ce contexte conduit à recourir à des modèles permettant de partager les compétences médicales avec d'autres professions, soit au travers de protocoles de coopération, soit par le développement de la pratique avancée.

Ce contexte appelle également à réfléchir à la création d'une profession de santé intermédiaire, telle qu'évoquée à la mesure 7 du Ségur de la santé. La proposition de cette mesure s'inscrit dans la continuité des réflexions relatives aux métiers intermédiaires en santé. Le rapport de 2011 de la mission menée par Laurent Hénart, Yvon Berland et Danielle Cadet a posé les bases de l'introduction d'une nouvelle profession de santé intermédiaire en y précisant les conditions de réussite, préconisant notamment « *de s'inscrire dans une dynamique de complémentarité et non de concurrence entre les métiers* » et « *d'écarter le risque de prolifération des métiers de la santé et de complexifier un peu plus un paysage qui l'est déjà* ». Ces propos demeurent pleinement fondés dans le contexte actuel.

Ainsi, la mission que je vous confie évaluera et analysera en premier lieu les dispositifs des protocoles de coopération et de la pratique avancée.

Pour le dispositif des protocoles de coopération entre professionnels de santé, votre mission consistera notamment à :

1. **Réaliser un état de lieux des données relatives au dispositif des protocoles de coopération** : typologie des équipes de professionnels engagées, suivis des indicateurs de qualité et de sécurité par les ARS, qualification des avis rendus de la part du collège de la Haute autorité de santé ;
2. **Caractériser l'acceptabilité du transfert d'activités entre les professionnels de santé** : en secteur hospitalier, libéral et en exercice collectif coordonné ;
3. **Evaluer la complémentarité entre l'ensemble des dispositions prévues dans les lois HPST, OTSS, ASAP** et plus récemment visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification ;
4. **Identifier la complémentarité structurelle des protocoles nationaux et des protocoles locaux du dispositif rénové** : projections du déploiement des protocoles nationaux, responsabilisation des établissements à s'engager dans le modèle local ;
5. **Déterminer l'articulation du dispositif avec les autres outils réglementaires disponibles** et en vigueur : article 51 LFSS (expérimentations), réingénierie des métiers paramédicaux, évolution des décrets de compétences.

Pour le dispositif de la pratique avancée, vous vous efforcerez de :

1. **Réaliser un état des lieux du dispositif de formation** : offre de formation disponible (universités, places, mentions), effectifs d'étudiants candidats/inscrits/diplômés – effectifs VES-VAE, profils des étudiants, bilan du FIR et suivi de l'employabilité des étudiants financés ;
2. **Evaluer les premières mises en œuvre de ce nouvel exercice** : définition des indicateurs/scores de suivi d'efficacité pour le système de santé (accès aux soins, collaboration, coordination, hospitalisations...), impact sur l'acceptabilité médicale à l'hôpital et en ville, mesure de l'attractivité au sein de la profession infirmière ;
3. **Déterminer les freins limitant un déploiement plus massif** : formation continue/formation initiale, public libéral, modalités de mise en œuvre, autonomie professionnelle ;
4. **Identifier les opportunités et la pertinence** pour : l'ouverture à d'autres domaines d'intervention, renforcer le rôle de premier recours, l'évolution des compétences structurelles du métier (premier recours, primo-prescription), la régulation de l'entrée en formation.

Vous examinerez en particulier selon quelles modalités les infirmiers spécialisés – notamment les infirmiers anesthésistes - pourraient se voir ouvrir l'accès à l'exercice de la pratique avancée. L'expertise de ces infirmiers devrait en effet leur permettre un accès spécifique à la pratique avancée (passerelles dans les formations, complément de formation ...).

Vos recommandations devront prendre en considération la complémentarité entre ces deux dispositifs (protocoles et pratique avancée) permettant de déléguer des compétences aux professions paramédicales.

Votre mission aura aussi la tâche d'ouvrir une réflexion spécifique autour de l'opportunité d'une profession de santé intermédiaire, et, le cas échéant, du champ, du rôle et des missions de cette profession. Dans ce cadre exploratoire et prospectif, vous veillerez, si vous confirmez l'opportunité de cette profession, à définir son rôle et son articulation avec les professions de santé et les dispositifs existants (en particulier les protocoles de coopération et la pratique avancée) ainsi que la manière dont les infirmiers spécialisés pourraient, pour tout ou partie de leurs actes en bénéficier. Pour conduire cette réflexion spécifique, vous vous appuyerez sur le Président du conseil national de l'ordre des médecins et sur le Président du conseil national de l'ordre des infirmiers, avec lesquels vous construirez de manière concertée vos recommandations.

Vous pourrez également consulter toute personnalité qualifiée, expert ou service de l'administration que vous jugerez pertinent d'auditionner dans le cadre de vos travaux. Je tiens en particulier à ce que les agences régionales de santé, la Haute autorité de santé et les conseils nationaux professionnels soient associés à vos réflexions pour appréhender ces bilans respectifs de mise en œuvre.

Il est important que ces propositions puissent se traduire rapidement afin de pouvoir les transposer dans des délais courts accompagnant ainsi les transformations déjà engagées par Ma Santé 2022 et le Ségur de la santé. Vos travaux devront également s'inscrire dans le calendrier du comité de suivi des infirmières en pratique avancée et à qui vous pourrez présenter vos propositions.

C'est pourquoi je souhaite que vous me remettiez votre rapport au plus tard en septembre 2021.

Je vous prie d'agréer, Madame la Cheffe de l'Inspection générale des affaires sociales, l'expression de ma considération distinguée.



Olivier VERAN

Copie à :

Monsieur Patrick BOUET

Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins

Monsieur Patrick CHAMBOREDON

Président du Conseil National des Infirmiers

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Assemblée Nationale

Dr Stéphanie RIST, députée de la 1^{re} circonscription du Loiret

Dr Cyrille ISAAC-SIBILLE, député de la 12^e circonscription du Rhône

Cabinets des ministres

Cabinet du ministre des solidarités et de la santé

Jérôme MARCHAND-ARVIER, directeur de cabinet du ministre des solidarités et de la santé

Bénédicte ROQUETTE, conseillère chargée de l'offre de soin, des ressources humaines et de l'organisation territoriale

Dr Sophie SERGENT-DECHERF, conseillère en charge des professions de santé et du numérique

Sébastien DELESCLUSE, interne en médecine en appui des conseillers en charge de l'offre de soins.

Robin TOCQUEVILLE-PERRIER, étudiant en 6^{me} année de pharmacie et en master 2 politiques publiques à Sciences Po, stagiaire

Cabinet de la ministre de la Transformation et de la Fonction publique

Alexis THOMAS, conseiller fonction publique hospitalière, sanitaire, social et médico-social

Guillaume CLEDIERE, conseiller "fonction publique territoriale"

Ministère des solidarités et de la santé et organismes en relevant

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Vannessa FAGE-MOREEL, sous-directrice des ressources humaines du système de santé (RH2S)

Dr Michel VARROUD-VIAL, Conseiller médical coopérations interprofessionnelles

Dr Sophie AUGROS, conseillère médicale soins primaires et professionnels libéraux

Éric MAURUS, chef du bureau RH2

Caroline COLLIN, adjointe au chef du bureau RH2

Brigitte FEUILLEBOIS, Conseillère-experte pour les professions non médicales.

Direction de la sécurité sociale (DSS)

Nicolas LABRUNE, sous-directeur du financement du système de soins

Timothée MANTZ, adjoint au sous-directeur du financement du système de soins

Emmanuel FRÈRE-LECOUTRE, Chef du bureau 1B, relations avec les professions de santé

Vincent MIROU, adjoint au chef du bureau des relations avec les professionnels de santé

Marie DESCAMPS, bureau des relations avec les professionnels de santé

Comité technique et Conseil stratégique de l'innovation en santé

Natacha LEMAIRE, rapporteure générale

Corentine NEPPEL, cheffe de projet "expérimentations innovations organisationnelles en santé" article 51

Agences régionales de santé

ARS Grand-Est

Cédric DURUPT, chargé de Mission à la Direction de la Stratégie, département Ressources humaines en santé

ARS Nouvelle-Aquitaine

Dr Benoit ELLEBOODE, directeur général

Martine IMBERT, conseillère technique régionale en soins

ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Dr Jean-Yves GRALL, directeur général

Igor BUSSCHAERT, directeur de l'offre de soins

Dr Corinne RIEFFEL, directrice déléguée "pilotage opérationnel, premier recours, parcours et professions de santé", direction efficacité de l'offre de soins

Isabelle DANIELOU, conseillère technique régionale à la direction efficacité de l'offre de soins

Catherine MALBOS, directrice départementale de l'Ain

ARS Pays de la Loire

Laurence BROWAEYS, directrice de l'Appui à la Transformation du Système de Santé et de l'accompagnement (DATA)

Dr Pierre BLAISE, direction du Projet Régional de Santé

Stéphane GUERRAUD, conseiller pédagogique régional

Béatrice BONNAVAL, chargée de projets sur les exercices coordonnés

Claire GABORIEAU, responsable du département "accès aux soins primaires"

Marie LEMESLE, chargée de projet - gestion prévisionnelle des compétences et transformation des métiers

Dr Jean-Paul BOULE, chef de projet régional en santé mentale

Valentine JAYAIS, chargée de projet "organisation de l'offre sanitaire".

Haute Autorité de Santé

Dr Pierre GABACH, Médecin de santé publique, adjoint à la Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins, chef du service des bonnes pratiques professionnelles

Dr Valérie ERTEL PAU, Médecin de santé publique, adjointe au chef du service des bonnes pratiques

Agence du numérique en santé

Silvère RUELLAN, responsable adjoint du programme Annuaire et référentiels d'acteurs, direction des Opérations

Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation et organismes en relevant

Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP)

Pr Oriane WAGNER-BALLON, Conseillère scientifique et pédagogique en santé auprès de la DG de la DGESIP

Jean-Christophe PAUL, chef du département des formations de santé (DGESIP A1-4)

Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (Hcéres)

Stéphane LE BOULER, secrétaire général

Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales (Aix-Marseille Université)

Sébastien COLSON, directeur de l'école des sciences infirmières

Université de Nantes

Pr Cédric RAT, directeur du département de médecine générale et du Pôle Fédératif des Soins Primaires

Nathalie ALGAVE, directrice des soins, coordinatrice du diplôme d'IPA de la faculté de médecine de l'université de Nantes

Pr Laure de DECKER, responsable du pôle de gériatrie, chargée de la coordination du parcours universitaire des IPA

Université d'Angers

Pr Nicolas LEROLLE, Doyen de la faculté de santé

Pr Aline RAMOND-ROQUIN, département de médecine générale

Dr Cécile ANGOULVANT, département de médecine générale

Ministère de l'intérieur

Direction générale des collectivités locales (DGCL)

Christophe BERNARD, sous-directeur des élus locaux et de la fonction publique territoriale

Institut de recherche

Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES)

Denis RAYNAUD, directeur

Julien MOUSQUES, directeur de recherche

Zeynep OR, directrice de recherche

Cécile FOURNIER, maîtresse de recherche

Louise LUAN, interne de santé publique, master à Science po, préparation d'une thèse sur les pratiques avancées en soins primaires.

Caisse nationale d'assurance maladie et son réseau

Dr Mickael BENZAQUI, responsable adjoint du département des actes

Claire TRAON, responsable adjointe du département des professions de santé.

Loren PINON, coordinatrice au département des professions de santé

Dr Philippe SOUBIELLE, médecin conseil au département des professions de santé

Dr Jean-Luc TOURET, médecin conseil au département des actes

Dr Constance PRIEUR, conseillère médicale

Julie POUGHEON, directrice de l'offre de soins, à la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Jocelyn COURTOIS, responsable du département des actes médicaux

Franck de RABAUDY, responsable du département des professions de santé

CPAM de l'AIN

Anne LAURENS, Directrice de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Ain

Cécile PERNIN, responsable adjointe Département Prestations

Nathalie FORAY, relation avec les professionnels de santé

Catherine GUILLEMIN, référente organisation des soins coordonnés

Haut conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie (HCAAM)

Nathalie FOURCADE, secrétaire générale

Dominique POLTON, conseillère scientifique

Sandrine DANET, chargée de mission

Dr Yann BOURGUEIL, conseiller scientifique

Ordres professionnels

Conseil national de l'ordre des infirmiers

Patrick CHAMBOREDON, président

Gregory CAUMES, directeur adjoint

Conseil national de l'ordre des médecins

Dr Patrick BOUET, président

Dr François SIMON, président de la section exercice professionnel

Francisco JORNET, directeur des Services juridiques - Responsable Section EP

Isabelle JOUANNET, conseiller juridique - Section EP. Spécialiste des protocoles

Caroline NICET-BLANC, conseiller juridique - Section EP

Pauline CAILLEAUD, conseiller juridique - Section EP

Marine THOMASSIN, conseiller juridique - Section EP

Anne-Marie ESTEVES, section EP - Secrétariat juridique - Assistante du Dr SIMON et du DSJ

Claudie PLASSART, section EP - Secrétariat juridique

Karine FECIH, section EP - Secrétariat juridique

Union nationale des professionnels de santé.

Dr Docteur William Joubert

Conseils nationaux professionnels (CNP) et sociétés savantes

Conseil national professionnel des infirmiers en pratique avancée (CNP IPA)

Julie DEVICTOR, présidente

Stéphanie LEMASSON, IPA en service de Gériatrie au CH du Mans

Emmanuelle FERNANDEZ, IPA libérale en pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologie en soins primaires

Conseil national professionnel des infirmiers anesthésistes (CNP IA)

Jean-Pierre ANTHONY, président

Christophe DEBOUT

Nicolas DECOCQ

Société française de recherche des infirmiers en pratique avancée (SoFRIPA)

Sébastien CHAPDANIEL, président

Guillaume BONNET, vice-président

Eléonore VITALIS, secrétaire générale

Collège de la Médecine Générale (CNG) qui comprend le CNP de la spécialité médecine générale)

Pr Paul FRAPPÉ, président

Pr Serge GILBERG, vice-président

Fédération des Spécialités Médicales (FSM) qui réunit les CNP de toutes les spécialités médicales

Pr Olivier GOEAU-BRISSONNIERE, président

Valérie LE BORGNE, déléguée générale

CNP d'Anesthésie-Réanimation et Médecine péri-opératoire (CNP ARMPO)

Pr Pierre ALBALADEJO, président

Pr Claude ECOFFEY

CNP des Infirmier(e)s-Anesthésistes

Simon TALAND, vice-président

Fédérations et associations

France Assos Santé

Claude RAMBAUD, vice-présidente

Alexis VERVIALLE, Conseiller technique

Association Nationale Française des infirmier.e.s en Pratique Avancée (ANFIPA, ex GIC RÉPASI)

Sophie CHRETIEN, présidente

Cécile BARRIERE, vice-présidente

Marie-Astrid MEYER, secrétaire

Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (FNESI)

Bleuenn LAOT, présidente

Mathilde PADILLA

Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF)

Nicolas LUNEL, président

Association Nationale des Étudiants en Pharmacie de France (ANEPPF)

Benoît LAURY - Vice-Président en charge des Perspectives professionnelles

Infirmiers anesthésistes Collectif France

Arnaud WAROT, infirmier anesthésiste au centre hospitalier de Douai

Brice RAMONDENC, infirmier anesthésiste au centre hospitalier de Rodez.

Jean-Bernard LECLER, infirmier anesthésiste à la clinique mutualiste de PESSAC

Rémy RUIZ, infirmier anesthésiste au CHRU de Montpellier

AVECsanté (avenir des équipes coordonnées), ex fédération des maisons de santé FFMPs

Dr Pascal GENDRY, président

Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS)

Dr Hélène COLOMBANI, présidente

Confédération des centres de santé (C3SI)

Ronan ELIOT, directeur national

Regroupement National des Organismes Gestionnaires de Centres de Santé (RNOGCS).

Roland WALGER, coordinateur

Fédération des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (FCPTS)

Nadie GEORGET, coordinatrice nationale

David GUILLET, Vice-président

Dr Sophie BAUER, vice-présidente

Rebeca MARTIN OSUNA, Secrétaire Générale

Dr Nicolas HOMEHR, médecin généraliste à Toulouse, membre du bureau élargi de la FCPTS

Association "Action de santé libérale en équipe" (Asalée)

Dr Jean GAUTIER, président et fondateur

Dr Isabelle AMOROS, vice-présidente de l'association et fondatrice

Amaury DERVILLE, ingénieur, délégué général

Véronique BONNIOL, IDSP, infirmière Asalée

ADEDOM fédération nationale

Isabelle HERRY, responsable du pôle Santé et soins

Estelle GRAS, conseillère technique Pôle Santé et soins

Syndicats professionnels

Union Nationale des Infirmier.es en Pratique Avancée (UNIPA)

Tatiana HENRIOT, présidente

Clara BOUTELEUX-BERNADET, vice-présidente de la communication

Loïc MEGERT, vice-président de la perspective de la pratique avancée

Thomas JEZEQUEL, infirmier en pratique avancée, CHU de Nantes

Aurélie ROUFFY, infirmière en pratique avancée, Nouvelle-Aquitaine

Convergence Infirmière

Ghislaine SICRE, présidente

Judicaël FEIGNEUX, trésorier adjoint

Claire RIVIERE, infirmière en pratique avancée libérale, Bain de Bretagne

Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux (SNIIL)

John PINTE, président

Fédération Nationale des Infirmiers (FNI)

Daniel GUILLERM, président

Pascale LEJEUNE, secrétaire générale

Syndicat National des Infirmier(e)s-Anesthésistes (SNIA)

Christophe PAYSANT, président

Emmanuel BARBE, vice-président

Simon TALAND, secrétaire général

Union fédérale médecins, ingénieurs, cadres, techniciens de la CGT (UFMICT)

Laurent LAPORTE, secrétaire fédéral

Vincent PORTEOUS, membre du bureau fédéral, animateur du collectif IADE

Union Syndicale des Médecins des Centres de Santé (USMCS)

Dr Frédéric VILLEBRUN, président

Dr Éric MAY, vice-président

Dr Charlotte SERRANO, secrétaire générale

Dr Chantal PRAT, trésorière

InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG)

Mathilde RENKER, présidente

InterSyndicale Nationale des Internes (ISNI)

Gaëtan CASANOVA, président

Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (ReAGJIR)

Dr Agathe LECHEVALIER, présidente

Dr Vanessa FORTANE

Syndicat des Médecins Libéraux - SML

Dr Philippe VERMESCH, président.

Mme. Le Dr Sophie BAUER, secrétaire générale spécialiste

Syndicat MG France

Dr Jacques BATTISTONI, président

Dr Margot BAYART, 1ère vice-présidente

Mr le Dr Jean-Christophe NOGRETTE

Fédération des Médecins de France (FMF)

Dr Corinne LE SAUDER, présidente

Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF)

Dr Jean-Paul ORTIZ, président

Dr Luc DUQUESNEL, président de la section généralistes

Déplacement à Bourg en Bresse et Ambérieu (département de l'AIN). professionnels de santé rencontrés ou contactés :

Professionnel en soins primaires :

Carole Di BENEDETTO, infirmière en pratique avancée, MSP d'Ambérieu

Dr Olivier BELEY, MSP d'Ambérieu

Dr Frédéric BARD, ancien maître de stage de DI BENEDETTO, MSP d'Ambronay.

Docteur Philippe MARISSAL, président CPTS Bugey-Sud

Centre Psychothérapique de l'Ain :

Dominique SNIDER, Directeur des soins

Cécile CHARMONT, cadre supérieur de santé

Margaux UGHETTI, infirmière en pratique avancée

Centre Hospitalier de Bourg en Bresse

Catherine RICOUX, directrice des soins

Aude MARECHAL, cadre de santé

Anicée CAVERON, IDE coordination hospitalière

Association VILHOP'AIN

Loïc MASSARDIER, directeur

Stéphanie GILLY, coordinatrice d'appui

Myriam MOREL, référente coordination

Delphine PAIN, assistante de coordination

Groupe de réflexion à propos de la pratique avancée infirmière en gérontologie

Association française des infirmiers en pratique avancée en gérontologie (AFIPAG)

Christine LENOUVEL, IPA PCS à l'Hôpital de St Briec, co-présidente de l'AFIPAG

Loriane SALIEGE, IPA PCS, co-présidente de l'AFIPAG

Autres participants

Pr Claude JEANDEL, président du CNP de gériatrie

Julie DEVICTOR, présidente du CNP IPA

Guillaume BONNET, IPA Onco-hemato, impliqué en onco-gériatrie

Evelyne MALAQUIN-PAVAN, présidente du CNP IDE.

Dr Laurent BRUTUS, MG, membre du collège de la médecine générale

Dr Paul FRAPPE, président du collège de la médecine générale

Anaïs VARLET BECU, infirmière généraliste

Etablissements de santé et structures de soins coordonnées

Commission des affaires financière de la conférence nationale des DG de centres hospitaliers universitaires (CHU)

Ronan GUIHENEUF, directeur des affaires financières du CHU de Nantes

Virginie PONTUS, directrice des affaires financières du CHU de Lyon

Nicolas MEYNIEL, directeur des affaires financières du CHU de St Etienne

Audrey DUBURCQ, directrice des affaires financières du CHU de Lille

Assistance publique hôpitaux de paris (APHP)

Pierre-Emmanuel LECERF, directeur général adjoint

Pr Bruno RIOU, membre du conseil de surveillance, président de la conférence des doyens d'Ile-de-France

Florent BOUSQUIE, Directeur délégué / Directeur de cabinet adjoint du DG

Loïc MORVAN, coordonnateur général des soins par intérim de l'AP-HP, Conseiller paramédical auprès du DRH de l'APHP

Sophie ALLEAUME, Cadre supérieur de santé, chargée de missions à la direction de la stratégie et de la coopération, en charge de la coopération et de la pratique avancée

Maison de santé pluridisciplinaire de Saint Nazaire

Carine RENAUX, infirmière en pratique avancée

Valérie CADORET, coordinatrice de la maison de santé

Personnes qualifiées

Pr Yvon BERLAND, président honoraire de l'université d'Aix-Marseille

Dr Baptiste HERVIER, spécialiste en médecine interne, praticien hospitalier à l'Hôpital Saint-Louis & INSERM UMR-S 1135

Mathias ALBERTONE, inspecteur général des affaires sociales

Angel PIQUEMAL, inspecteur général des affaires sociales

Françoise ZANTMAN, inspectrice des affaires sociales

Martine NOVIC, ancienne directrice d'un institut de formation en soins infirmiers, directrice adjointe du département universitaire des sciences infirmières et rééducation (DUSIR), co-responsable de master délivrant le Diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée

Cécile COURREGES, inspectrice générale des affaires sociales

Jean DEBEAUPUIS, inspecteur général des affaires sociales

SIGLES UTILISES

ABM	Agence de la biomédecine
ACE	Actes et consultations externes
ACI	Accord conventionnel interprofessionnel
ACIP	Accord-cadre interprofessionnel
ALD	Affection de longue durée
AM	Assurance maladie
AMI	Appel à manifestation d'intérêt
AMI (cotation)	Actes médico-infirmiers
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitaliers
ANS	Agence du numérique en santé
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
AP-HM	Assistance publique-hôpitaux de Marseille
AP-HP	Assistance publique-hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
ASALEE	Action de santé libérale en équipe
ASAP	Loi d'accélération et de simplification de l'action publique
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CDD	Contrat à durée déterminée
CDS	Centre de santé
CeGIDD	Centre Gratuit d'Information Dépistage et Diagnostic du VIH, des hépatites virales et des Infections sexuellement transmissibles
CHU	Centre hospitalier universitaire
CII	Conseil International des Infirmières
CME	Commission médicale d'établissement
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
DAC	Directions de l'administration centrale du ministère
CNCI	Comité national des coopérations interprofessionnelles
CNP	Conseil National Professionnel
COVID	Coronavirus (COVID 19)

CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
DEIPA	Diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée
DG	Directeur général
DGESIP	Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DMP	Dossier Médical Partagé
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
DU	Diplôme universitaire
ECG	Electrocardiogramme
ECTS	Système européen de transfert et d'accumulation de crédits
EDS	Paiement à l'épisode de soins
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
EMS	Établissements Médico-Social
ES	Etablissements de santé
ESCAP	Equipes de Soins Coordinées Autour du Patient
ESP	Equipe de soins primaire
ESP CLAP	Equipes de Soins Primaires Coordinées Localement Autour du Patient (en pays de la Loire)
ESS	Equipe de soins spécialisée
FIR	Fonds d'Intervention Régional
FISS	Fonds pour l'innovation du système de santé
FNESI	Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers
FNPS	Fichier national des professionnels de santé
FPMT	Forfait patientèle médecin traitant
GHM	Groupes homogènes de malades
GHT	Groupements hospitaliers de territoire
HAS	Haute autorité de santé

HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCERES	Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur
HCPP	Haut Conseil des Professions Paramédicales
HPST	Loi Hôpital Patient Santé et territoires
IADÉ	Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat
IAO	Infirmiers d'accueil et d'orientation
IBODE	Infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IDEL	Infirmier diplômé d'Etat libéral
IFI	Indemnité forfaitaire de déplacement IFA ou IFI
IFOP	Institut français d'opinion publique
IADÉ	Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat
IBODE	Infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IK	Indemnités horokilométriques
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IPA	Infirmier en pratique avancée
IPAU	Infirmier en pratique avancée, mention Urgences
IPEP	Incitation à une Prise En charge Partagée
IRC	Mention « Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale »
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MAR	Médecins anesthésistes réanimateurs
MERM	Manipulateur d'Électroradiologie Médicale
MESRI	Ministère de l'enseignement supérieur, de la Recherche et de l'innovation
MG	Médecin généraliste
MK	Masseur-Kinésithérapeute
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
MSS	Ministère des solidarités et de la santé
MT	Médecin traitant

NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OHO	Mention « Oncologie et hémato-oncologie »
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
ONI	Ordre national des infirmiers
OPTAM	Option Pratique TARifaire Maîtrisée
OPTAM-CO	Option Pratique TARifaire Maîtrisée – Chirurgie et Obstétrique,
ORE	Orientation et réussite des étudiants"
OTSS	Loi Organisation et transformation du système de santé
PA	Pratique avancée
PAI	Pratique avancée infirmière
PAI (cotation)	Code prestation pour prise en charge du patient pour des soins en pratique avancée
PAPS	Portail d'accompagnement des professionnels de santé
PC	Protocole de coopération
PCS	Mention «Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et poly-pathologies courantes en soins primaires »
PDL	Pays de la Loire
PEPS	Paiement en Équipe de Professionnels de Santé en ville
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PS	Professionnel de santé
PSY	Mention « psychiatrie et santé mentale »
RIST	Loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
SAS	service d'accès aux soins
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SI	Système d'information
UE	Unité de valeur universitaire
UNIPA	Union Nationale des Infirmiers en Pratique Avancée
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé Libéraux
VAPP	Validation des acquis personnels et/ou professionnels

VES	Validation des études supérieures VES
SFAR	Société Française d'Anesthésie Réanimation
IFNA	Fédération internationale des infirmiers-anesthésistes
CNP ARMPO	Conseil National Professionnel d'Anesthésie-Réanimation et Médecine péri-opératoire
IGAENR	Inspection Générale de Administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche.
FPH	Fonction publique hospitalière
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
DE	Diplôme d'Etat
CPS	Carte de Professionnel de Santé
CESP	Contrats d'engagement de service public
SNDS	Système national des données de santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
CESE	Conseil Économique Social et Environnemental